



MÁSTER EN ARTETERAPIA Y EDUCACIÓN ARTÍSTICA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

EL “ESPEJO” EN LA PRAXIS

**Los reflejos de las imágenes y reflexiones en la
práctica**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

2011- 2012

ESPECIALIDAD: Ámbitos psicosociales, clínicos y educativos.

Hsieh, Hsin-Hsuan

Septiembre

NIE: X8059404C

Tutora: Marián López Fdez. Cao

Facultad de Educación – Centro de Formación del Profesorado.

Universidad Complutense de Madrid



EL “ESPEJO” EN LA PRAXIS

Los reflejos de imágenes y las reflexiones en la práctica

TRABAJO FIN DE MÁSTER
CURSO: 2011 - 2012

La paradoja de espejo es que
nos ve desde nuestra propia mirada.
Y así se convierte en inexcusable referente de la realidad.

Traspasamos el espejo para ver
que hay tras este juego de apariencias...

Del libro *Tras el espejo Moda Española*

RESUMEN

Durante el periodo de prácticas en el hospital de la Paz, el trabajo en el taller arteterapéutico ha hecho que nos veamos reflejados en un espejo en el que se aprecien no sólo los pacientes, sino también me vea yo como arteterapeuta en formación. Mientras que hoy en día cada vez más investigaciones aplican métodos científicos para demostrar una validez y función del arteterapia, se percibe una carencia de trabajos que entiendan el fenómeno como una totalidad, y al investigador/a como “participante” de ese fenómeno. Por ende, este trabajo se orienta al heurístico, que utiliza el proceso y los datos de la práctica combinados con la experiencia personal como observadora y participante, a través de la autoexploración y la comunicación entre pacientes, sus obras y la arteterapeuta en formación. Esta investigación responde concluyendo a preguntas:

¿Qué situaciones o actitudes deberían evitarse durante sus prácticas?
¿Qué evidencias esenciales podrían aparecer en el taller? ¿Y Qué obstáculos podrían afrontar los futuros arteterapeutas?

Palabras clave: arteterapia, reflexión, transformación, relación objetal

THE “MIRROR” IN THE PRAXIS

Imagery reflections and reflective thought in the practice.

ABSTRACT

Whilst working in the art therapy workshops, during the practice period in La Paz Hospital, it seemed that there was a ‘reflection’, like a mirror, created between the experiences of the patients and mine as a training art therapist. As increasingly more research is dedicated to scientific methods to demonstrate the validity and role of art therapy, there is a lack of investigation into the understanding of this phenomenon as a whole – where the researchers themselves are also participants of the experience. This study aims to apply the heuristic process, using the data of practice combined with the art therapist’s personal experience as observer and participant – through self-exploration and communication between the patients and their work and the training art therapist – in order to reveal the thoughts which emerged during the process and later on reflection. The concluding research answers the questions:

What situations or attitudes could be avoided during the process of the practice? What essential evidence might be present in the workshops? And what obstacles might future art therapists face?

Key words: Art Therapy, reflection, transformation, object relation

ÍNDICE

I. INTRODUCCION	16
1.1. Justificación.....	16
1.1.1. Primer paso de planteamiento.....	17
1.2. Orientación y objetivo central del trabajo	18
1.2.1 Investigación heurística	18
1.2.2. Orientación del trabajo	21
II MARCO TEÓRICO	24
2.1. Definición	24
2.1.1 ¿Cómo se define el arteterapia? -- Una visión global.....	24
2.1.2. ¿Paciente o cliente?	27
2.2. ¿El arte como terapia o el arte en terapia?	28
2.2.1. El arte como terapia: paciente-obra	29
2.2.2. El arte en terapia: paciente-terapeuta	30
2.2.3. El arteterapia: paciente-obra-terapeuta.....	31
2.3. La relación triangular	32
2.3.1. Un desarrollo en la fórmula del Triángulo	32
2.3.2. La Relación Objetal.....	34
2.4. Contenido/ Continente vs. Holding environment	35
2.5. Transferencia	37
III. DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA	40
3.1. Contexto	40
3.1.1. El arteterapia aplicada en los niños del ámbito hospitalario	40
3.2. Preparación	43
3.3. Descripción del Centro de Práctica	45

3.4. Encuadre	46
3.4.1 Objetivos de la práctica.....	47
3.4.2. Fases del Proceso Terapéutico.....	48
3.4.3. Instrumentos de recogida de datos.....	50
3.5. Presentación breve de los Casos.....	52
IV. EL PAPEL DE LAS ARTETERAPEUTAS	55
4.1. ¿Qué se debería evitar en la práctica?	55
V. REFLEXIONES DURANTE EL PROCESO	59
5.1 El espacio propio para la fantasía.....	59
5.2. La muerte	60
5.3. La expresión de emociones y sentimientos.....	62
5.4. Transformación.....	64
5.5. Transferencia	66
5.6. Ocultamiento de la verdad.....	66
5.7. La invitación a compartir secretos.....	70
5.8. Las obras como espejos de sí mismo	72
5.9. Conclusión y reflexiones en torno a mí como un espejo.....	74
5.9.1. Conclusión	74
5.9.2. Reflexiones sobre mí	75
VI. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS	79
ANEXOS	
 DIAGRAMA	
D. 1 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN HEURÍSTICA.....	20
D. 2 LOS OBJETIVOS	22

D. 3 LA CREACIÓN ARTÍSTICA COMO PUENTE DE COMUNICACIÓN	31
D. 4 EL TRIÁNGULO EN 2 DIMENSIONES.....	33
D. 5 EL TRIÁNGULO EN 3 DIMENSIONES.....	33
D. 6 EL TRIÁNGULO MODIFICADO.....	33
D. 7 HOLDING ENVIRONMENT Y CONTINENTE	36

ILUSTRACIÓN

F. 1 COLGANTE Y LOGOTIPO PARA EL UNIFORME	44
F. 2 EL PARQUE	60
F. 3 EL ANIMAL HÍBRIDO (1º SESIÓN)	62
F. 4 EL CAMBIO DE LA EXPRESIÓN FACIAL.....	63
F. 5 JERINGAS DE EMOCIONES (4º).....	64
F. 6 SESIÓN DE CIERRE (17º).....	64
F. 7 CONTENEDOR DE EMOCIONES DESAGRADABLES (5º).....	65
F. 8 EL CIRCO, SOL, SNOOPY Y BOB ESPONJA (11º).....	67
F. 9 LA TORMENTA	67
F. 10 LA TORMENTA EN MI BRAZO (12º).....	68
F. 11 ME VENDA MI DEDO (12º).....	68
F. 12 MI CASA DE CAMPO (14º).....	68
F. 13 TRES OJOS	68
F. 14 TERCERA OBRA (1º - 3º)	69
F. 15 DAR GRACIAS.....	70
F. 16 AUTORRETRATO (15º).....	72
F. 17 CASA DE CAMPO.....	74

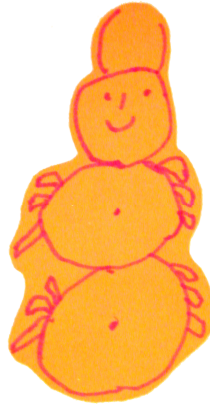
Art does not reproduce the visible, it makes visible

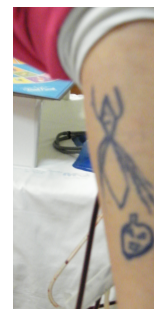
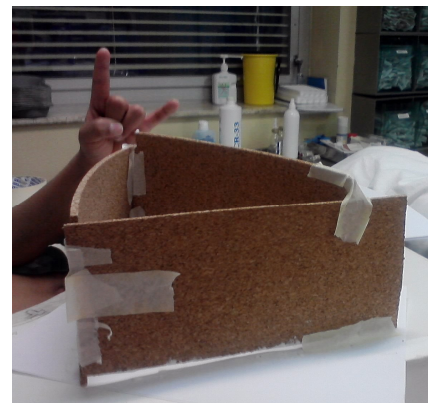
Paul Klee

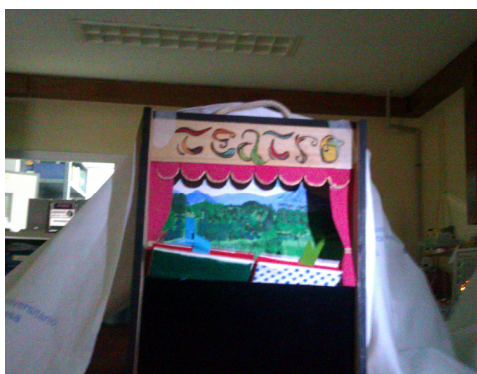
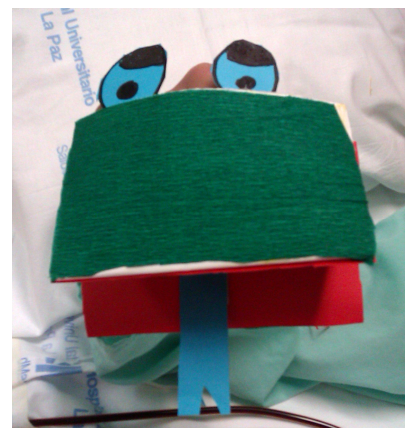
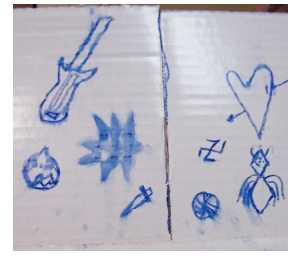
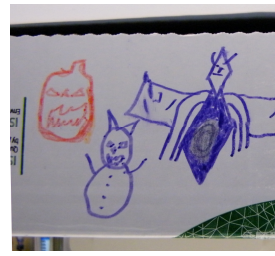
Luna



Miel

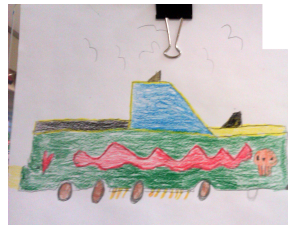
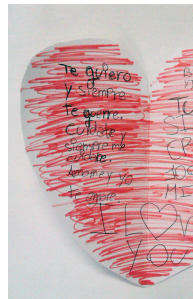








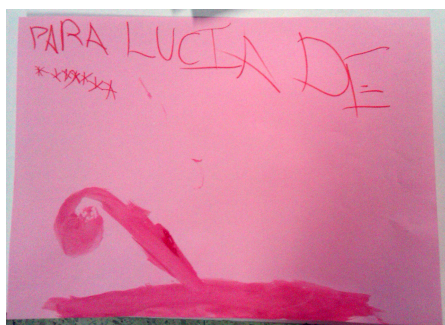
ausencia

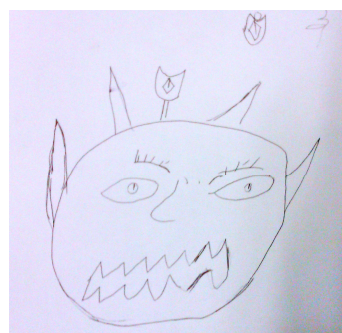


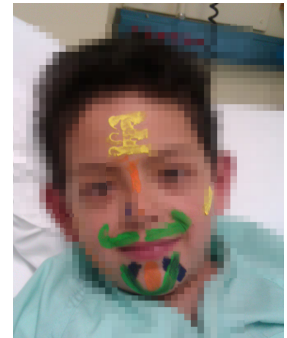
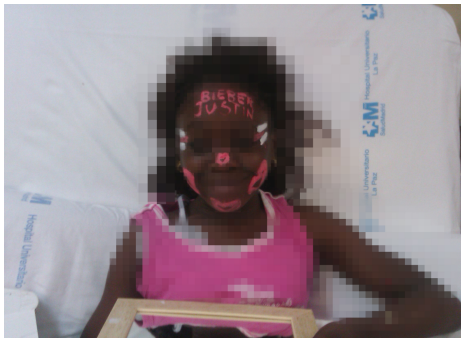
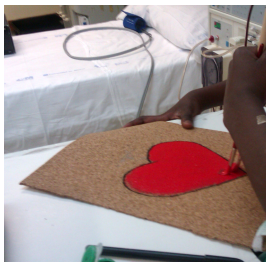
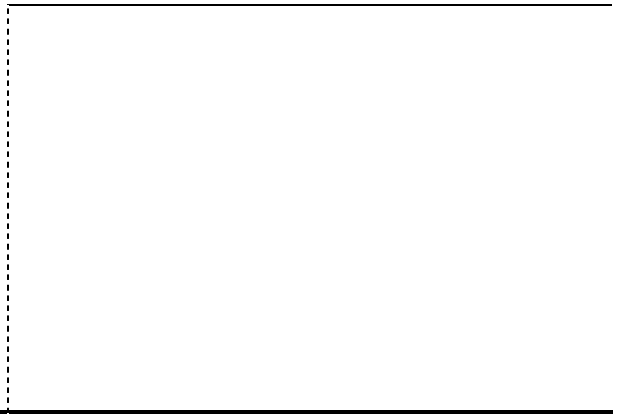
No tengas miedo
cuando seas una
aguja.

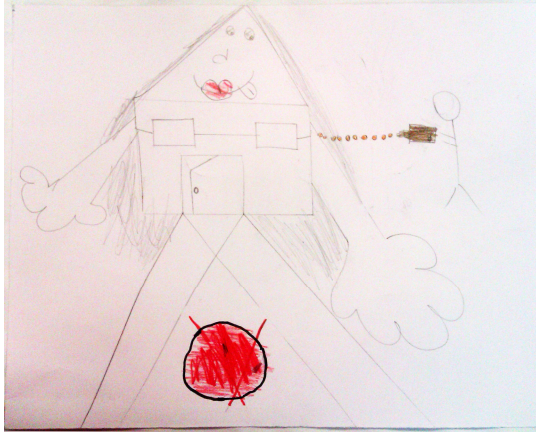
Si te enfermas
sigue adelante.

Ven
Yeras como todo
va a salir bien.









I. INTRODUCCION

La formación y las disciplinas del arteterapia se combinan entre los campos psicológico, psicoanalítico, sociológico, y artístico. Incluso tienen que involucrar los conocimientos de la medicina, por lo que se encuadra como una profesión asistencial. De ahí, que sea una carrera que necesita mantenerse cualificada. Y la cualificación, no sólo indica meramente las disciplinas y la metodología estricta, sino también una actitud abierta hacia los pacientes y cualquier situación inesperada, y además de suponer una continuación del crecimiento o conocimiento en el ámbito artístico. Quizás, la contraprestación de esta profesión es tener un amplio rango en el que se puede aplicar y trabajar. Por la misma razón, demuestra que su validez puede hacerse extensiva a más áreas.

La formación y las disciplinas se ejecutan primero en las prácticas, en donde se nutren los “brotes”, los arteterapeutas del futuro. Por lo tanto, es muy importante que las sesiones tutoriales estén bien guiadas, y se hace imprescindible el apoyo del equipo donde se realizan las prácticas.

1.1. Justificación

Por interés personal, siempre quise trabajar en el sector clínico pediátrico, y es un placer la apertura de esta “primera puerta” a la realización de unas prácticas en el departamento infantil del Hospital de la Paz, donde se tratan muchas enfermedad crónicas como las renales, intestinales y de trasplantes. Los niños pasan mucho tiempo de su vida en el hospital, y gradualmente, les

va influyendo en su rendimiento escolar, su estado emocional, o en problemas familiares etc.

Como arteterapeuta en prácticas, trabajar en el sector clínico, es una tarea que conlleva mucha responsabilidad, pues si no se realiza correctamente, podría acarrear más problemas que beneficios. Cuando nos surgen situaciones inesperadas, debemos ayudar al paciente a afrontar los obstáculos, observar los sucesos sutiles, e intervenir cuando sea necesario, para que los pacientes tengan un espacio para su auto-conocimiento y auto-exploración. Al mismo tiempo, el arteterapeuta siente el proceso de transformación y transferencia del paciente, y en el mismo espacio simbólico, ha de reorientar su propia posición ante las prácticas. Para alcanzar los objetivos, se ha de observar con objetividad, aunque siempre con una visión de subjetividad inevitable y esencial en el ser humano.

1.1.1. Primer paso de planteamiento

Antes de la realización de las prácticas, necesariamente, es el momento de plantear la factibilidad de la búsqueda del tema del TFM. Muchos investigadores lo hacen después de unas sesiones prácticas. Sin embargo, eso es el siguiente paso para confirmar si el plan se corresponde con el ámbito real. El primer paso, sería preparar una posible orientación del plan, en el que se podría incluir un pre-test o encuesta si fuese necesario. Si no se realizase esta tarea, cuando se desee hacer un estudio más cuantitativo o experimentado, la parte científica de controlar la muestra del estudio se perdería. Además, es un momento de recoger datos más objetivos, porque todavía no tenemos mucha información sobre los pacientes.

1.2. Orientación y objetivo central del trabajo

1.2.1 Investigación heurística

Se enfoca en las experiencias internas y el descubrimiento del investigador a explorar un entendimiento o explicación por el fenómeno específico. Su interés esencial no es el acto, sino la experiencia humana. El principal fundamento filosófico de la investigación heurística se basa en el concepto de “conocimiento tácito” (Polanyi, 1962, 1966 citado en Wang, 2007:71), que busca la información implícita detrás del lenguaje. Un individuo contiene una estructura intrapsíquica en la que se analiza la información de la cognición, sensación, intuición, para compararse con el mundo exterior. Si esperamos comprender y penetrar en el fenómeno, es interesante que se requiera una actitud positiva ante la autoinvestigación, autodescubrimiento y autodiálogo. Ésto es necesario para analizar el problema, responder las cuestiones que lo forman y delimitar el objetivo, lo cual exige la observación, comunicación, la meditación y la reflexión.

Las **características** de la investigación heurística (Meng & Peng, 2009):

- Es un descubrimiento. Cada estudio se inicia desde el “despertar” interno, desde la experiencia propia, desde una parte del “yo”.
- Es un conjunto de racionalidad científica, de sensibilidad y pasión por parte del arte.
- Está abierto a sí mismo, al fenómeno, al proceso y a los participantes de la investigación.
- Subraya la importancia del conocimiento. La fuerza viene de la auto-

exploración y el valor del conocimiento personal, básicas para comprender la experiencia humana universal.

- Hace hincapié en el proceso de auto-exploración y auto-descubrimiento.

La motivación del estudio parte de la experiencia profunda interna. Por lo tanto, la forma de analizar está también en la experiencia propia, a través de la auto-observación, el pensamiento, el sentimiento, la intuición, etc.

El **procedimiento** de una investigación heurística

Combino un diagrama que articula las 6 fases de Moustakas (1990 citado en Meng & Peng, 2009) y los 7 procedimientos que integran Meng y Peng (2009) desde el concepto de Moustakas (F 1.) por resultarme más claro para guiarme en esta investigación.

1. Intervención inicial: Elección un tema que resulte interesante.

2. Meditación: Una vez reunidos y organizados los datos, se completa la descripción documental. El tema le afectaría a los sentimientos y a la vida cotidiana.

3. Incubación: Etapa de relajación después de concentrarse en el tema. Se deja que el conocimiento tácito interno se hile con la información obtenida en la meditación, se reorganice, y se creen un nuevo sentido. Los descubrimientos a menudo se realizan en esta fase, tras una intensa exploración en la fase de meditación.

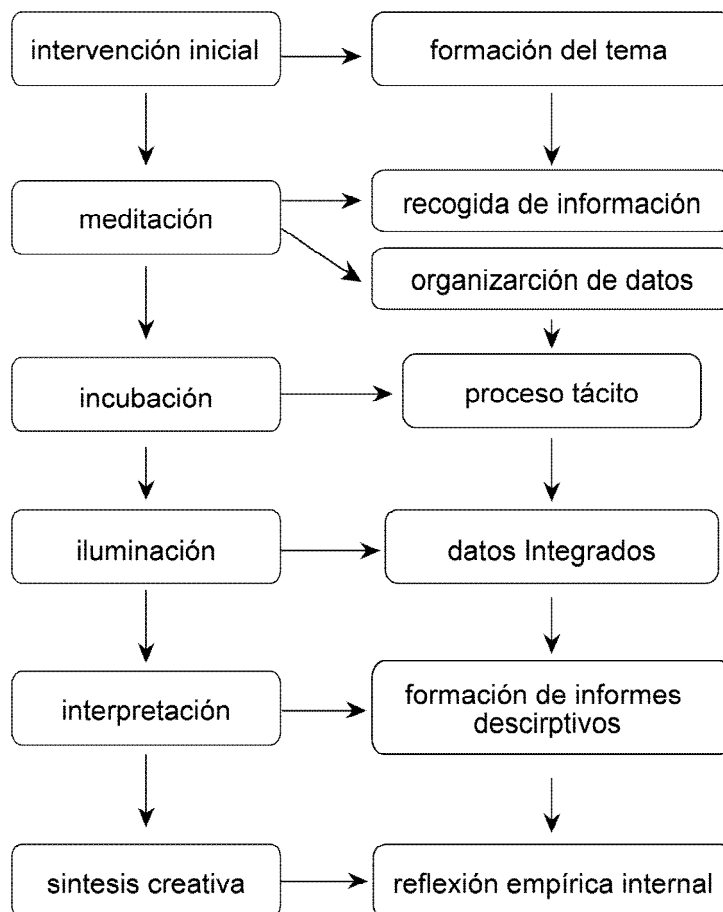
4. Iluminación: El resultado de incubación aparece en lo consciente. Se forma una nueva comprensión y conocimiento hacia el fenómeno. Es posible que se derive de una síntesis o una modificación del conocimiento antiguo, o bien, de un redescubrimiento de lo que se ignoraba.

5. Interpretación: La fase descriptiva, motivada por la necesidad de re-

examinar el contenido en la experiencia del consciente, para comprender un sentido en distintos niveles.

6. Síntesis creativa: Se forma una descripción completa por la esencia experimental. Se mantiene la unidad del caso de la investigación cuando se presenta la totalidad de la experiencia. Por ejemplo: un poema, una canción, un cuento, una obra artística, o cualquier forma a concretar de su experiencia. Los espectadores ven el sentido a través de la creación del creador.

D. 1 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN HEURÍSTICA



La investigación heurística absorbe las ideas centrales de la Psicología humanista, y se contrapone a la Psicología dominante, que se centra en la descripción de objetos, interpretación y previsi3n. A través de la primera

persona, describe y piensa de nuevo en lo que sucede en el momento presente, revela el estado de la propia experiencia. Se declara que en la investigación no se trata de demostrar o refutar la influencia de uno al otro, sino de descubrir el problema o características del fenómeno, y lo explica por su existencia. El significado es más importante que la observación científica. Se enfoca en la esencia, no en la superficie, y observa todo como una totalidad, no una parte.

1.2.2. Orientación del trabajo

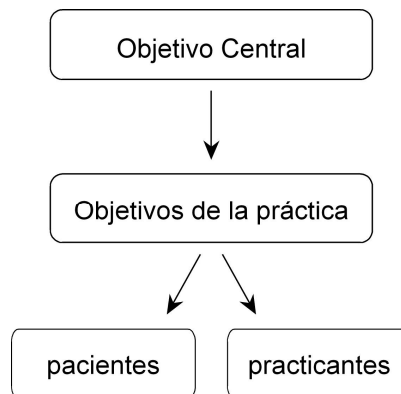
La orientación de la investigación de este trabajo busca dar más información a futuros arteterapeutas, a través del proceso de la realización, planteamiento, y el análisis de la investigación con dos casos prácticos. Es al mismo tiempo un trabajo de documentación del aprendizaje y una autoexploración para la investigadora. Por lo tanto, el objetivo del trabajo no está enfocado en demostrar la validez de la función del arteterapia, sino, en los canales de la observación, realización, y reflexión, ofreciendo nuevas ideas a los arteterapeutas del futuro, que quizás puedan entender mejor su responsabilidad y requisitos, y los obstáculos con los que se podrían enfrentar. Además, iniciar un debate interno (de si mismo) y externo (del fenómeno) o promover la producción de más ideas o reflexiones sobre las teorías en este campo.

Para la presentación se usará la primera y la tercera persona, según se trate de reproducir el diálogo o bien de describir las reacciones no verbales. El autodiálogo se presentará como diario, en primera persona. Los diálogos entre los dos niños y yo se apuntan primero en forma de descripción objetiva, como tercera persona, y luego se añaden las reflexiones sobre ellos.

La metodología de la investigación es la siguiente: después del objetivo

central del trabajo, se estudiarán los objetivos de la práctica. Además, en el propósito de las prácticas se han dividido en dos partes: Los del arteterapeuta y los de los pacientes (D. 2). Los objetivos de la práctica se añadirán con más detalles en la tercera parte del trabajo.

D. 2 LOS OBJETIVOS



Si me preguntasen qué información podría transmitir en este trabajo, diría que mi objetivo es, a través de la memoria que he realizado en la práctica, además de informar de los casos, también ofrecer las 3 facetas (caso-obra-arteterapeuta) como una totalidad de entendimiento y conocimiento, mediante mi experiencia personal. El procedimiento en el taller arteterapéutico afecta a los tres (paciente, obra artística y arteterapeuta). El rol del arteterapeuta se representa también como un participante en el taller, con los pacientes. Yo, como investigadora, tengo el rol y el ángulo de visión de la arteterapeuta, pero también el de participante. Por lo tanto, considero muy valiosa la información, reflexiones y experiencia que puedo obtener en este segundo rol.

El trabajo se divide en tres etapas:

1. Explorar la definición de arteterapia, y entender mejor la valoración verdadera y el significado simbólico en ello, y después, hacer un intento de

desarrollar mis propias ideas sobre la teoría y metodología aplicada.

2. Durante el proceso de las prácticas, la información se graba desde el punto de vista de la tercera persona, y también desde el de una participante, que al sentir todo lo que ocurre pretende entender todo el “lenguaje” en el proceso de creación artística, transformación, e incluso transferencia.

3. A través del análisis de los datos, toda la información aparece como una imagen reflejada del desarrollo de la experiencia personal de ser una arteterapeuta en prácticas, y así intento presentársela a los arteterapeutas del futuro.



“El arte permite volar,
escapar de esa prisión de la conciencia creada
por el corsé rígido de la tierra en que se vive”

Francisco Mora

II MARCO TEÓRICO

2.1. Definición

2.1.1 ¿Cómo se define el arteterapia? -- Una visión global

Antes de empezar mis reflexiones sobre las prácticas, considero significativo iniciar haciendo un apunte sobre la discrepancia existente entre las propuestas de definición de arteterapia. Aunque pueda parecer irónico preguntarse sobre la definición después de casi terminar el curso, supongo que es un concepto que los arteterapeutas desarrollan y van matizando a lo largo de toda una carrera. Una pregunta simple como “¿qué es el arteterapia?” no tendrá una respuesta corta y sencilla, esto puede ser debido a las diferencias en la historia de esta disciplina, a la consolidación y madurez de esta profesión en cada país.

Han pasado aproximadamente 60 años, como la fermentación que se precisa para hacer el vino, se ha necesitado mucho tiempo para mejorar el sabor y la fragancia. En este apartado trataremos de explorar las distintas definiciones y extraer las conclusiones generales de la naturaleza del arteterapia. Pretendo buscar lo esencial en la definición integrando las descripciones desde el punto de vista de varios países. Para alcanzar esta meta, recolecto y hago resumen de las definiciones de las asociaciones de arteterapia más influyentes de los distintos países.

Al comenzar la recopilación de datos, percibo que aún dentro de la misma asociación la definición se ha modificado durante el tiempo. Por ejemplo, el texto de la Asociación Americana de arteterapia del 2003 no es igual que el que

expone ahora en su Web. De ahí que, las definiciones que se muestren son las más recientes, para permitirnos una comprensión y un conocimiento sincrónicos. Ordenamos las definiciones de las asociaciones por su antigüedad, siendo las últimas las más de recientes.

La Asociación Británica de Arteterapeutas, que se fundó en 1964, (BAAT, 2012) define que el arteterapia es una forma de psicoterapia que utiliza medios artísticos como su modo primario de comunicación. Los pacientes no necesitan tener ninguna destreza artística, porque un/a arteterapeuta no se ocupa de si realizan o no una creación estética, ni realiza un diagnóstico interpretativo de la imagen del paciente. El objetivo general es facilitar a su paciente el efectuar un cambio o un crecimiento a nivel personal mediante el uso de materiales artísticos en un ambiente seguro y propicio.

Según la Asociación Americana de arteterapia (AATA, 2012), que se formó en 1969, el arteterapia es una profesión que utiliza *el proceso creativo*, a través de la creación artística, para producir una mejora física, mental y emocional, consiguiendo así alcanzar el bienestar personal. El proceso creativo se puede llevar a cabo tanto de forma individual como grupal. Mediante la auto-expresión dentro de este espacio de seguridad, los pacientes exploran los conflictos y buscan resolver los problemas de su mundo interior y exterior, para desarrollar la habilidad interpersonal, reducir el estrés, aumentar la autoestima y la conciencia de sí mismo.

La Asociación Canadiense (CATA) concreta que el arteterapia *combina el proceso creativo y la psicoterapia*¹, facilitando la auto-exploración y el entendimiento. A través de imágenes, colores y formas, como parte de ese

¹ En la definición del 2003, define sólo el arteterapia como una forma de de psicoterapia.

proceso terapéutico-creativo, los pensamientos y sentimientos se podrán expresar más fácilmente (2012).

ANZATA, asociación de Australiana y Nueva Zelanda, entiende el arteterapia de una forma similar a BAAT. Declara que el Arte Terapia o Arte Psicoterapia es *una forma de psicoterapia*, que utiliza las modalidades creativas, incluso las creaciones artísticas visuales, el teatro y la danza/ movimiento para mejorar y fomentar el bienestar físico, mental y emocional. Frecuentemente se titula como arteterapeuta o arte psicoterapeuta, ya que la profesión no está claramente separada de la psicoterapia.

Según la asociación profesional española de arteterapeutas (ATE):

“El arteterapia es una profesión asistencial que utiliza la creación artística como herramienta para facilitar la expresión y resolución de emociones y conflictos emocionales o psicológicos. El arteterapia se practica en sesiones individuales o en pequeños grupos bajo la conducción de un arteterapeuta (2012)”.

Incluyo la definición de La asociación Taiwanesa (TATA, 2012), que fue creada en el 1993, para apreciar si la definición recogida desde oriente supone alguna diferencia con las occidentales. Se define el arteterapia como una profesión servicial que *integra*² la expresión artística creativa y la psicoterapia. Los arteterapeutas proveen un espacio seguro y acogedor, y establecen una relación terapéutica de confianza mutua con sus pacientes. En virtud de la

² En la asociación CATA, se utiliza la palabra “combina”. La definición entre las 2 asociaciones es parecida.

relación terapéutica, los pacientes crean imágenes visuales para expresarse a través de materiales artísticos. Las imágenes reflejan e integran el desarrollo, la capacidad, la personalidad, los intereses, lo inconsciente y el estado emocional de la persona. Se exploran y experimentan las emociones personales, los problemas, las potencialidades y lo inconsciente, que buscan ser resueltos en la relación terapéutica. Además se fomenta el cambio y el crecimiento de los pacientes, la integración de la personalidad y el desarrollo de sus potencialidades.

En función de las definiciones mencionadas, comprendemos que por su historia, en muchos países, el arteterapia no está todavía emancipada de la rama de psicoterapia. Los puntos comunes son el énfasis en la importancia del proceso creativo y la auto-expresión, y sus ventajas a la hora del desarrollo personal.

2.1.2. ¿Paciente o cliente?

El debate actual sobre la nomenclatura apropiada para describir los usuarios de los servicios sanitarios ha sido retomado recientemente en la literatura médica. En la definición del diccionario de la Real Academia de la lengua Española, el paciente: (Del latín *patiēns*, -entis, part. act. de *pati*, padecer, sufrir) “Se dice del sujeto que *recibe o padece la acción del agente*; Persona que *padece física y corporalmente*, y especialmente quien *se halla bajo atención médica*”. Y el cliente: (Del lat. *cliens*, -entis). “Persona que *utiliza con asiduidad los servicios de un profesional o empresa*; Persona que *está bajo la protección o tutela de otra*”. Los partidarios del término *paciente* destacan que el término *cliente* carece de la compasión y la confianza inherente en la relación médica (Neuberger & Tallis, 1999). El uso de *cliente* es particularmente

frecuente en centros psiquiátricos, especialmente para los trabajadores no médicos. Sin embargo, el resultado del cuestionario pasado a los usuarios de un centro llevado a cabo por Ritchie, Hayes, & Ames (2000), muestra que la mayoría de las personas que asisten a esa clínica psiquiátrica prefieren el uso del término paciente (77%) que el cliente (23%). No obstante, esta investigación fue realizada en un país de habla inglesa por lo que la definición de los 2 términos en inglés quizá suponga alguna diferencia. El uso del término *cliente* (client³) tiene origen en la cultura anglosajona, y su definición del inglés es “una persona que utiliza los servicios o *asesoramiento* de un profesional u *organización*”. A mi modo de ver la definición inglesa se adecúa más al contexto arteterapéutico que la española.

En chino mandarín, utilizan palabras con conceptos más neutros, ni paciente ni cliente. Se llamarían 案主: significa *sujeto del caso*, 當事人: sería *persona interesada/ afectada* o 受助者 se puede traducir como *alguien que acepta ayuda*. En general el uso de estos términos hace pensar que es la persona involucrada o la que acepta ayuda.

Quizás por mi influencia del inglés, pensaba que era más adecuado el término “cliente” que “paciente” en el ámbito arteterapéutico. Sin embargo, por el resultado de la investigación aludida y mi pequeña investigación recogiendo las opiniones de arteterapeutas profesionales y de personas corrientes de España, aplico el término *paciente* en este trabajo.

2.2. ¿El arte como terapia o el arte en terapia?

3 A person who uses the services or advice of a professional person or organization

“El arte como terapia o el arte en terapia” plantean dos caminos supuestamente de desarrollo paralelo aportando una riqueza de función y una diversidad de definiciones. No veo necesario continuar con la discusión sobre las diferencias de estos dos formas de entender el trabajo arteterapéutico ya que me parece continuación de los problemas a la hora de establecer una definición consensuada y pierde el sentido una vez analizado de dónde proviene. No obstante, es fundamental distinguir al arteterapia de las actividades ocupacionales o recreativas, o incluso de los dibujos con intención diagnóstica. Además yo concibo estas líneas no como paralelas, sino como caminos que se entrecruzan ya que parten de una misma base, la de mantener una relación confiable y un espacio seguro para que el paciente pueda crear por mediación del arte dentro de ese “encuadre”.

Quizá sea relevante sin embargo diferenciar los papeles del arteterapeuta y del psicoterapeuta artístico. En el primer caso el análisis verbal no tiene tanta importancia ya que el lenguaje predominante de la sesión será un lenguaje no-verbal (Hogan, 2001), mientras que en el segundo la verbalización del proceso o del significado de la creación formará la base de la terapia.

2.2.1. El arte como terapia: paciente-obra

Adrian Hill fue el pionero en creer que el arte y el proceso de creación artístico tienen un fuerte potencial curativo. Kramar será partidaria de la teoría de Hill, añadiendo su idea de que la creación es una buena vía para el proceso de sublimación. Los conflictos inconscientes no se resuelven hasta que se transforman, y la sublimación es una de las mejores formas de transformación. Las obras del paciente, no sólo nos devuelven una imagen de él mismo, sino que reflejan una comunicación no-verbal del paciente con su obra en la que

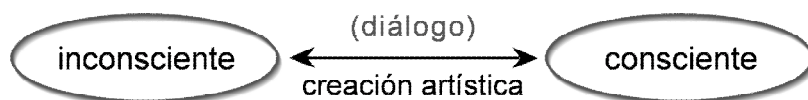
entabla un diálogo de transformaciones de formas, colores o significados. En el proceso de la creación, uno mira su obra, y la obra se convierte en “un espejo del Self”⁴, sin mencionar verbalmente el yo. Es decir, un proceso de auto-reconocimiento, auto-reexaminación, y un autodiálogo. Las actividades artísticas en el proceso de arteterapia ofrecen al paciente una oportunidad de hacer explícita y expresiva su experiencia interna, simultáneamente puede re-experienciarla, integrarla, aliviarla, y descifrarla. (Kramer, 1993)

2.2.2. El arte en terapia: paciente-terapeuta

Naumberg, psicólogo, introdujo el arte como un medio en psicoterapia, casi al mismo tiempo que Hill desarrollaba sus teorías. Basa su teoría en la relación terapéutica entre el paciente, su obra y el terapeuta. La asociación del paciente con sus productos (obra), incluso la transferencia, son entendidos como elementos esenciales en el tratamiento arteterapéutico en que se facilita que el paciente se equilibre entre su mundo interior y exterior. Para Carl Gustav Jung (1963), el análisis artístico es un método de auto-análisis. Jung alentó al paciente a pintar, porque entendía este acto como un puente a través del inconsciente que nos da la oportunidad de autocomprensión. Naumberg tiene una teoría parecida, dice que lo inconsciente se comunica con el consciente mediante expresión simbólica. Visualizo sus ideas como expongo abajo (D. 3).

⁴ Melanie Klein, intentando aclarar las diferencias entre yo y self, dice: "el yo es la parte organizada del self, constantemente influida por las pulsiones (instintos) pero teniéndolos bajo control por medio de la represión; por otra parte, dirige todas las actividades y establece y mantiene la relación con el mundo exterior. El self envuelve la totalidad de la personalidad que incluye no solamente el yo sino la vida de los instintos que Freud ha llamado el ello."

D. 3 LA CREACIÓN ARTÍSTICA COMO PUENTE DE COMUNICACIÓN



Sabemos que existe una larga historia del arte usado como “medicina” dentro de rituales de salud ancestrales, pero el término “arteterapia” en sí mismo (o arte terapia) sólo existe desde hace medio siglo, y solamente una década en España. Las diversas perspectivas causan una gran controversia dentro del arteterapia, tanto en la definición del término como en el enfoque de la profesión.

Esta controversia demuestra la riqueza de la disciplina ya que como Wilde declara, *“si definiéramos el arteterapia como una psicoterapia de mediación artística, el arte supondría un medio como otros, una técnica del mismo tipo práctico que la medicación”* (2008: 16).

2.2.3. El arteterapia: paciente-obra-terapeuta

Gracias a Hill el término arteterapia apareció en los años cuarenta. La diferencia esencial que distingue el arteterapia de otras terapias psicológicas sería este tercer vértice del conjunto relacional en terapia: obra artística. Por lo tanto, un/a arteterapeuta actúa sobre tres ángulos, en los que se requiere entrenamiento en la sensibilidad hacia la creación plástica (obra-terapeuta), el sostén con la mirada terapéutica (paciente-terapeuta), y la creación de un espacio simbólico compuesto por el significado de la expresión artística y la historia del paciente (paciente-obra).

En el campo del arteterapia, como la educación artística, las técnicas y materiales son las fuentes prioritarias de la creación, por lo tanto, un/a arteterapeuta requiere tener un conocimiento sobre ellos para aplicarlos adecuadamente y guiar a los pacientes. En el proceso de creación se crea una experiencia propia del paciente y este proceso será el centro de trabajo con el arte en terapia, no el resultado del producto. El proceso propone una oportunidad de examinar y comunicarnos con el Yo interior. Los conflictos en el proceso de creación pasan al consciente a través de la expresión artística. En el camino del proceso los conflictos se transforman para hacerse visibles de una forma sutil, pudiendo ser soportables para la persona. Por lo tanto, las sesiones del taller arteterapéutico no son sólo el producto del paciente, sus obras, sino la experiencia de afrontar los conflictos consigo mismo y su creación.

Como McNiff (2007) declara: “dreams speak through visual imagery, environments, movements, and feelings as well as words” (p.128). Personalmente comulgo con estas palabras de McNiff, para mí la acción del arte declama más elocuentemente que las palabras.

2.3. La relación triangular

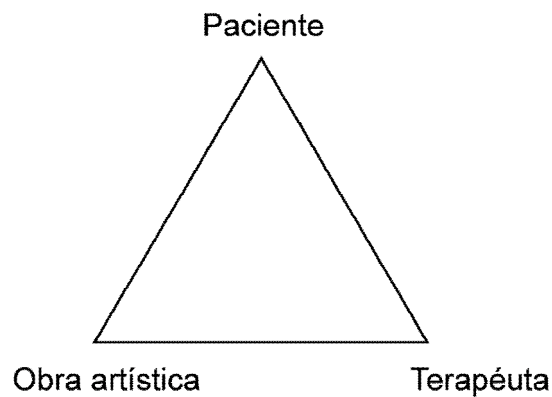
2.3.1. Un desarrollo en la fórmula del Triángulo

El triángulo en la relación arteterapéutica⁵ (D. 4), se formula para expresar la diferencia del establecimiento de relación dual y triple, que no sólo vincula al paciente y al arteterapeuta, si no también a su obra artística. El término

⁵ Extraído de la obra de Domínguez-Toscano (2004: 18)

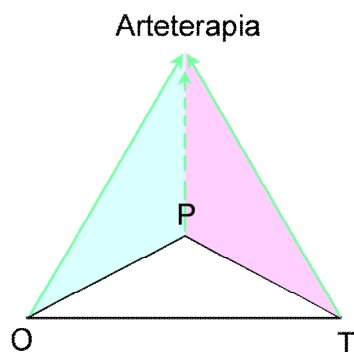
arteterapia necesita mantener los tres vértices sin faltar ninguno. La obra es la forma de “recordar” y “grabar” la experiencia presente y el proceso emocional, es la huella del proceso creador. En el arteterapia, el proceso creativo se convierte en un testigo, participante, contenedor.

D. 4 EL TRIÁNGULO EN 2 DIMENSIONES

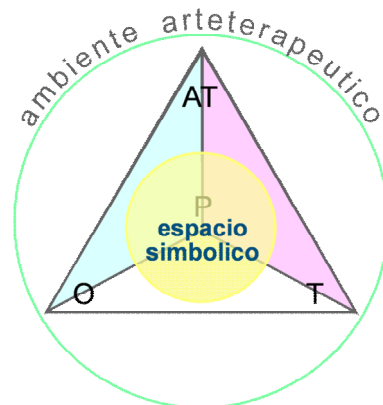


Al ver esta figura me viene la idea de ampliarla, pasarla de 2 dimensiones a 3 dimensiones (D. 5), así quizás, pueda mostrarse mejor ese “espacio simbólico” (D. 6) nacido de la integración de los 3 puntos y que se unen creando el “arteterapia”.

D. 5 TRIÁNGULO EN 3 DIMENSIONES



D. 6 TRIÁNGULO MODIFICADO



La relación con los objetos, arteterapeuta (externo) y obra (transicional), y su nueva posibilidad de vinculación, creará una forma para dar la oportunidad al paciente de su rehabilitación y conseguir la nueva internalización de ese “buen objeto” y “buena relación”, de ese modo podría cambiar internamente el Yo-concepto. Para los niños, sería un progreso de reconstruir la individualización (Winnicott, 1953).

2.3.2. La Relación Objetal

El triángulo en la relación arteterapéutica nos explica que “el objeto externo” se representa a través del rol del arteterapeuta, y “el objeto transicional” aparece en la obra creada por el paciente. Cuando los pacientes producen objetos artísticos en ellos no sólo se refleja la imagen de sí mismo, sino también de su particular relación con el mundo (Del Río Diezguez, 2006).

Aunque el concepto tiene origen en el psicoanálisis, Winnicott pone el énfasis en la importancia del objeto. Para Freud, era el Ello (id) que buscaba la satisfacción instintiva sin que la necesidad esté obligatoriamente relacionada con la posesión del objeto. Winnicott (1965, 1971) cree que la modalidad de la relación interpersonal (patrón del objeto interno) es la base de la relación objetal intrapsíquica. El funcionamiento de objeto interno se formula a través de las relaciones con el objeto externo conformado por la corrección de la experiencia externa. Además, la modalidad de la relación maternal en la infancia influye el patrón de sus relaciones interpersonales en el futuro (Winnicott, 1965). El concepto central es mantener las relaciones con otros (objetos externos), no sólo se tratan de la carga (catexis) de energía por placer. En arteterapia, el arte en si mismo es el objeto, en el que el creador invierte la carga narcisista, y en el que encuentra la necesidad de vincularse. En

arteterapia, el arteterapeuta sería otro objeto, a través de la proyección, identificación proyectiva, se refleja una parte del paciente, igual que la función de sus obras, ayuda a la individualización.

Mi reflexión sería que en este triángulo de relaciones, la obra artística sería el objeto más neutro. La relación que el paciente establece con la misma (obra) podría ser más sencilla, no interfiriendo transferencias ni contra-transferencias. La obra es un objeto externo, proyección del sí mismo con el que poder vincularse, generando menos resistencia ya que las obras creadas se podrán sustituir (como un objeto transicional) (Winnicott, 1971) en ausencia del arteterapeuta. Por otro lado, el arteterapeuta, es el objeto que le respondería con sentimientos y empatía, que le da la posibilidad de demostrar a través de su experiencia pasada, o vínculos deseados, reprimidos o inconclusos. Además el paciente tendrá diálogos internos (con la obra) y externos (con el arteterapeuta).

2.4. Contenido/ Contingente⁶ vs. Holding environment⁷

El concepto de la dinámica sobre el contenido-contingente, (Bion, 1963), ayudará a entender uno de los roles que juega el arteterapeuta. Del mismo modo que la madre intenta comprender la necesidad del bebé mediante el ensueño⁸, el arteterapeuta contiene la proyección del paciente, y ayuda a

⁶ Contained/ Container en inglés.

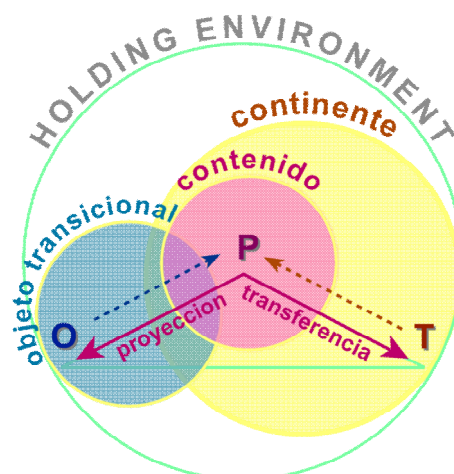
⁷ Aquí se mantiene el término en inglés. El significado es Entorno de contención. El holding en castellano es *Sostenimiento o sostén*.

⁸ *Reverie* en inglés.

transformar la ansiedad y el miedo; de ese modo, el paciente podrá introyectar e interiorizar de algún modo ese buen objeto y modificar su patrón de la relación objetal anterior. Ser un continente es tener una actitud abierta al mundo interior del caso. En un tratamiento estable, el paciente se sentirá seguro de sentirse contenido y aceptado, lo que le ayudará en su auto-exploración y modificación de sus relaciones interpersonales con el mundo exterior.

El continente de Bion se refiere al proceso interno de pensamiento y sentimiento, cuando el “Holding environment” de Winnicott aconseja la importancia del medio ambiente y explica el matiz de las relaciones interpersonales (Scharf & Scharf, 1992), y que ambos son elementos esenciales en un tratamiento terapéutico. El verbo “hold” es *sostener*; *amparar*, y *contener*. En la restauración de la relación de objeto, ese rol de holding ha de ser fuerte y estable. Hago un intento de demostrar y visualizar las dos teorías con ese dibujo:

D. 7 HOLDING ENVIRONMENT Y CONTINENTE



Los pacientes suelen traer sus problemas, frustraciones, y angustias desde fuera y los proyectan al espacio simbólico, en el que están sus obras y el

terapeuta. Por lo tanto, a veces es fácil apreciar que los pacientes se aprovechan de ese “holding” (Winnicott, 1953) y de la empatía del arteterapeuta. Lo ponen a prueba, lanzando todas las proyecciones con las que “ataca” al arteterapeuta para colocar en él una parte mala de si mismo. Y en ese tiempo, un “arteterapeuta suficientemente bueno” es como la “madre suficientemente buena”, ofrece un holding suficiente pero no demasiado, deberá confrontar no sólo aceptar. Es importante que un terapeuta contenga las emociones desagradables del paciente y las tome en consciencia sin sentirse sobrecargado, pero por supuesto no es nada fácil. Se requiere paciencia y tolerancia, a pesar de la ansiedad y de la frustración, por los sentimientos proyectados dando sentido a los mismos.

Lo que un/a arteterapeuta puede hacer es, según el estado de los pasos del paciente, acompañarle en su progresión y encontrar la orientación de aceptación e integración. Eso requiere una estructura estable extrínseca. En mi opinión, la obra artística es el primer objeto simbólico de la contención que contiene la proyección del paciente, y luego, con el paso del tiempo, el paciente sigue teniendo posibilidad de mirar ese “dentro”, desde fuera. Las características de la representación mental, se reflejan en forma de arte. Además en ese Holding environment, se facilitan el desarrollo de las relaciones de objeto.

2.5. Transferencia

En mi opinión personal, la diferencia entre proyección y transferencia, es que una es parte de la acción de la otra. Cuando uno proyecta la parte interna hacia el otro es proyección; cuando uno proyecta los sentimientos que tenía

con la tercera persona (experiencia del pasado) a otra persona es transferencia. Las dos son fenómenos esenciales en el ámbito terapéutico, que son como espejos de uno mismo (un libro de Gant & Crawley, 2002, "Transference and Projection: Mirrors to the self"). Nos muestran el mundo interior del paciente y la forma de vincular con los demás en su vida interpersonal. Robbin añade que, la modalidad de transferencia en ámbito arteterapéutico es distinta a la tradicional. El rol de arteterapeuta no puede ser "neutro" al tratar con la transferencia, ya que cuando ofrecemos los materiales, la forma de interacción nos pone una posición más cercana a la de "cuidador" (1978/ 2001 según en Malchiodi, 2008). En la interacción en un acto clínico psicoterapéutico es fundamental la comunicación verbal y las miradas, pero en el arteterapia, hay muchos más modos de contacto con los pacientes.

Si entendemos a paciente y arteterapeuta como "dos pacientes" (Gabbard, 2010), es porque se interactúan entre sí y se influyen el uno al otro durante el proceso, en el cual van y vienen todos los sentimientos. El paciente proyecta sus sentimientos personales de la experiencia pasada hacia el terapeuta, y el terapeuta también por la influencia trae su pasado a la relación. El patrón de la relación pasada del paciente, va proyectándose y repitiéndose en la relación presente. En ese proceso, la transferencia es una herramienta para cambiar el patrón no adecuado del pasado, no podremos dejar que el paciente nos lleva a repetir ese *comportamiento neurótico* (Citado en Río Dieguez, 2006). Si creamos un patrón nuevo o, mejor dicho modificado, a través de las relaciones (con arteterapeuta y las obras propias), se construyen sus modalidades interpersonales con una mejor adaptación a la sociedad.

Es importante que nosotros como arteterapeutas, nos demos cuenta de

cuando ocurre la transferencia, y al mismo tiempo poner atención a nuestras propias contra-transferencias. Cómo manejar la identificación proyectiva, y cómo responder ante la transferencia del paciente son tareas difíciles pero esenciales para un buen tratamiento.

“Truth and reality in art do not arise
until you no longer understand what you are doing
and are capable of but nevertheless sense a power that grows in proportion
to your resistance”.

I do not literally paint that table, but the emotion it produces upon me.

Drawing is like making an expressive gesture
with the advantage of permanence.

Henri Matisse

III. DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA

3.1. Contexto

En el planteamiento del inicio de la práctica, los objetivos generales y el diseño programado para el taller arteterapéutico son trabajos previstos. Luego, tras unas sesiones, se ha de modificar la orientación de los objetivos generales, se añaden objetivos específicos para cada etapa y se reorientan técnicas y materiales.

Línea programática del centro de prácticas:

En función de la tipología de los pacientes, organizamos 4 equipos de niños (cada equipo 2 personas), de pediatría 1, 2, oncología y hemodiálisis.

Entre ellos, realizo:

- a. Cama a cama: Pediatría 1
- b. Grupal: Hemodiálisis

El tipo de tratamiento depende de las características individuales de la persona. Los niños de pediatría 1 son los que tienen problemas intestinales y algunos han tenido experiencias de trasplantes. Los niños que necesitan hemodiálisis tienen problemas renales, y están esperando el trasplante. Mientras, tienen que venir al hospital a hacer hemodiálisis 3 veces a la semana. En este trabajo, usaré la mayoría de datos de línea b, ya que son los que obtienen sesiones continuadas.

3.1.1. El arteterapia aplicada en los niños del ámbito hospitalario

Los niños que están en condiciones médicas se enfrentan a muchos desafíos físicos y emocionales. Tienen muchos límites y controles por la

intervención médica para mantener las defensas apropiadas y soportar largos períodos de aislamiento de los compañeros, la escuela y el hogar (Councill, 2003).

Resumimos algunas **características** de niños hospitalizados:

-La hospitalización: Viven entre la vida cotidiana y la vida hospitalaria.

-El eventual aislamiento: Por ejemplo, los niños de hemodiálisis, están en una habitación separada.

-La alteración de la vida social: La condición de la enfermedad le influye en su vida social, escolar y familiar (por ejemplo, los niños de hemodiálisis casi no pueden viajar más de 3 días, porque tienen que hacer hemodiálisis en el hospital 3 veces a la semana)

-La pérdida de la rutina: Su estado de enfermedad requiere actividades y pautas de alimentación controlados (Por ejemplo, antes podía comer chucherías y chocolates, y ahora tiene que estar controlado).

-La ansiedad y el miedo: Tienen una preocupación o una ansiedad mayor por su estado de la enfermedad (Por ejemplo, los enfermeros intervienen cuando la alarma de la máquina suena. Los niños tienen una conciencia de que su estado de salud es grave. Es el miedo a los procedimientos invasores).

-La pérdida de autoestima: La hospitalización normalmente afecta a su rendimiento académico y su vínculo social-escolar.

-Tienen un mayor conocimiento del proceso sistemático y términos médicos más que un niño sano: Nos sorprenden mucho cómo controlan las máquinas y su conocimiento de términos profesionales de medicina.

¿Por qué el arteterapia para pacientes pediátricos?

La salud y la enfermedad existen juntos en el cuerpo. La enfermedad no es una totalidad (por ejemplo, enferma el corazón, o los riñones, o el hígado, o una pierna, o un ojo), aunque la parte enferma en ocasiones se sobredimensiona al cuerpo por entero. Por lo tanto, comprendemos que los niños se sentirán perjudicados y estresados por su situación de mal estado de salud.

Cuando el arteterapia está a disposición de los niños enfermos, se muestran muchos caminos para ofrecer apoyo físico y emocional. Físicamente, las técnicas de relajación corporal y distracción de atención de la sensación desagradable; Emocionalmente, el arte les ayuda a sentirse valorados durante el proceso creador, y a sentirse seguros para desarrollar su autonomía, al mismo tiempo, ayudándoles a potenciar su imaginación creadora. La expresión artística es particularmente eficaz con pacientes pediátricos para reforzar su resistencia innata y mejorar su habilidad de afrontar el estrés (Malchiodi, 1999). Además, normalmente se necesita trabajar con su auto-imagen, al ayudarles a conocer “la imagen” que tienen de sí mismos y la que les gustaría tener, conocer cómo creen que son percibidos por los demás, conocer sus sentimientos, y así, tener mejores aptitudes sociales para adaptarse en la sociedad fuera del hospital. Potenciando que los pacientes puedan lidiar con conflictos emocionales que surgen ante la enfermedad. Dentro del encuadre arteterapéutico, se les ayuda a la aceptación de su estado, mediante la simbolización artística, facilitando la toma de conciencia, resignificación de sus vivencias, y con el fin de contribuir al desarrollo de la integración.

Reorganizo los puntos que propone Council (2003) y los de Malchiodi (2008), sobre cuál es el rol de arteterapia en entorno médico:

1. Reducir el estrés: Hacer arte es un acto que todos los humanos pueden cumplir sin disciplina con cualquier tipo de materiales. Ese acto se compone de sensaciones táctiles, visuales, kinestésicas, etc. Cuando se repite la acción, se produce una reacción relajada (Malchiodi, 1997).

2. Engendering Hope⁹: Los productos de los niños son evidencias tangibles, que son visibles y existirán por mucho tiempo sin estropearse. Les proporciona una esperanza para enfrentar su enfermedad.

3. Lograr un sentido de dominio: En el proceso de creación artística, como dibujar, hacer grafiti, jugar con hilos, plastilina, etc., el autor tiene una libertad de hacer cualquier tipo de obra con sus ideas. Entonces ganará fortaleza en su autonomía y autoestima. Como por ejemplo, en principio algunos niños decían que no sabían dibujar bien, sin embargo, en pocas sesiones, se aprecia el orgullo de ser capaces de pintar, dibujar o hacer esculturas. A través de sus creaciones artísticas, los niños tienen una oportunidad de reconocer su poder para lograr grandes cosas.

3.2. Preparación

El planteamiento que realicé antes del inicio de la práctica se incluye aquí:

1. Uniforme: Elegimos una bata fucsia para diferenciarnos de los trabajadores del hospital y de los voluntarios. La bata representa la idea

⁹ Se mantiene el término inglés, para referirse a “producir la esperanza”.

esencial de servicio de salud, y el fucsia es un color que seleccionamos para representar la alegría en una tonalidad moderada. Además, se anima a cada miembro a crear algo en relación a ella. Por mi parte, hago un colgante con mi nombre (F.1) para presentarme con facilidad. Además, es una forma más divertida y animada de vincularme con los niños. Luego, pinto un logotipo en mi uniforme, como una creación propia durante el proceso, cumpliendo así parte de mi rol como creadora, y al mismo tiempo inspira el ambiente.

F. 1 COLGANTE Y LOGOTIPO PARA EL UNIFORME



LOGOTIPO



2. Díptico: El informe sobre qué es arteterapia para los padres de los niños de la práctica y trabajadores del hospital.

3. Objetivos y categorías de análisis: Planteamos unos objetivos generales que se van realizando durante la práctica y las categorías de análisis como puntos de observación en la ficha de registro.

4. Consentimiento (*Anexo I*): Les facilitamos a los padres de los 2 casos un consentimiento para que conozcan sus derechos.

3.3. Descripción del Centro de Práctica

Nombre : Hospital Universitario La Paz, Hospital Infantil

Dirección : Pº de la Castellana, 261, 28046 Madrid

El Hospital Universitario La Paz está ubicado en la zona norte de Madrid. Es un centro público que está compuesto por un entramado de 17 edificios y 4 hospitales: el Hospital General, el Hospital Maternal, el Hospital Infantil y el Hospital de Traumatología y Rehabilitación. La inauguración del Hospital General fue 1964. La Paz está reconocido como un centro de referencia sanitaria, por la calidad de servicios profesionales y el ambiente cuidadoso de brindar atención a personas hospitalizadas, y por las investigaciones científicas.

El Hospital Infantil (1965) en el que realizamos las prácticas, fue el primer hospital pediátrico de la sanidad pública española. Estamos realizando la práctica en el interior de “La Pajarera”, en donde también se organizan actividades plásticas y lúdicas en horario de tarde para los niños.

En la habitación de hemodiálisis, normalmente hay 2 enfermeros con 4 camas. En esta ocasión son 2 enfermeros para los 2 niños. Aunque no siempre son los mismos enfermeros, todos son muy conocidos para los 2 niños.

3.4. Encuadre

Consta de 19 sesiones (aproximadamente 5 meses) en el taller, las cuales se llevaron a cabo los días viernes de 17 a 19 pm, entre los meses de diciembre y abril. Debido a la Semana Santa, acordamos añadir 2 sesiones más en marzo. Aunque dispongo de los datos de todas las sesiones, dada la realización triangular con dos arteterapeutas, participé en 17 sesiones en total (**La tabla de todas las detalles está en Anexo II), por lo que parece más adecuado analizar únicamente las sesiones en las que estuve presente.

Durante todas las sesiones, no realizamos grabaciones porque no está permitido. Sin embargo, tenemos otra ventaja de ser un equipo. Las 2 arteterapeutas tenemos 2 puntos de vista, lo que nos proporciona una observación más objetiva en la subjetividad y similar a una observación triangular. Es, además, una situación parecida a la que tendríamos con dos cámaras situadas en dos ángulos de observación, lo que nos permitiría “grabar” lo que ocurre en el taller “acercando” o “alejando” la cámara cuanto sea necesario (zoom in/ zoom out). De este modo, se obtiene más información y se reducen los comportamientos deliberados para llamar la atención del terapeuta.

Al explorar si el arteterapia favorece en los niños hospitalizados la adaptación a su vida hospitalaria, mejorar su auto-imagen y los vínculos interpersonales, se utilizan técnicas desde la dirigida y seguidamente la indirecta. En la indirecta, se le permite al sujeto elegir el tema (también puede ser no tener tema) y los materiales a utilizar. En cada sesión, obtenemos información nueva, y modificamos la siguiente en base a lo que surge en el momento, actuando según las necesidades urgentes puntuales. La observación

nos da una imagen de la necesidad de los niños y con la intervención se da un paso hacia un mejor estado.

3.4.1 Objetivos de la práctica

El propósito de esta practica ha sido apoyar el proceso de autoexpresión y autoconciencia de los pacientes, a través de arteterapia, de fortalecer sus motivaciones personales que le permitan emerger desde la profundidad del inconciente, reconstruir/ restaurar una nueva forma de vida, con valor y sentido personal.

Objetivos Planeados	Objetivos Realizados
1. Reducir los niveles de ansiedad, incertidumbre y miedo.	1. Reducir los niveles de ansiedad, incertidumbre y miedo.
2. Aumentar la autoestima. —————→	2. Fortalecer la autoestima, autonomía, y mejorar el autoconcepto.
3. Utilizar técnicas de concentración y relajación para disminuir las sensaciones depresivas, de abatimiento y apatía.	3. Utilizar técnicas de concentración y relajación para disminuir las sensaciones depresivas, de abatimiento y apatía.
4. Favorecer la toma de decisiones, autonomía y sensación de control.	4. Favorecer la toma de decisiones, autonomía y sensación de control.
5. Facilitar el contacto e intercambio con otros niños del hospital con los que compartir experiencias.	5. Tomar conciencia del cuerpo de forma no traumática.
6. Tomar conciencia del cuerpo de forma no traumática.	6. Favorecer la integración de su vida cotidiana y hospitalaria, reconstruyendo las redes vinculares
7. Favorecer la adaptación a su vida hospitalaria integrándola con su vida cotidiana reconstruyendo las redes vinculares	

Durante el proceso, se han modificado varias veces los objetivos, para ajustarse a la realidad. Los 2 niños tienen dificultad para integrarse en la vida cotidiana y en la hospitalaria, y sufren de padecimientos emocionales negativos y baja autoestima.

Se ve la necesidad de diferenciar los objetivos, según las metas que se pretenden alcanzar con el paciente y con el arteterapeuta:

PACIENTE	ARTETERAPEUTA
1. Reducir los niveles de ansiedad, incertidumbre y miedos.	4. Favorecer la integración de su vida cotidiana y hospitalaria, reconstruyendo las redes vinculares (amigos, escuela, familia, personal del hospital...)
2. Fortalecer la autoestima, autonomía, y mejorar el autoconcepto.	5. Favorecer la sensación de control, la toma de decisiones y la autonomía.
3. Tomar conciencia del cuerpo de forma no traumática.	6. Utilizar técnicas de concentración y relajación para disminuir las sensaciones depresivas, de abatimiento y apatía.

3.4.2. Fases del Proceso Terapéutico

Los objetivos que se pretenden cumplir en cada etapa son graduales yendo de lo más básico a lo más profundo:

- Etapa iniciativa: Establecer un vínculo confiable, a través del proceso artístico. Además, se pretende fomentar la experiencia propia y estimular la imaginación y la creación.
- Etapa intermedia (2º y 3º etapas): Progreso experimental arteterapéutico. Es una fase de profundizar sentimientos, para que tengan un vínculo con la expresión y comunicación personal e interpersonal.

- Etapla final: Se espera que sea una fase en la que se recojan todas las vivencias de los casos, en sus trabajos. En ella se pretende que vean una parte de sí mismos y tener así una mayor capacidad de rehabilitarse en una nueva forma de vida.

Cronograma:

Fecha	sesión	colección de datos	etapa 1º	etapa 2º	etapa 3º	etapa 4º
16.11 (x)						
23.11 (x)						
02.12 (v)	1	⊙	○			
09.12 (v)	2	⊙	○			
16.12 (v)	3	⊙	○			
13.01 (v)	4	⊙	○			
20.01 (v)	5	⊙	○			
27.01 (v)	6	⊙		⊙		
03.02 (v)	7	⊙		⊙		
10.02 (v)	8	⊙		⊙		
17.02 (v)	9	⊙		⊙		
24.02 (v)	10	⊙		⊙		
02.03 (v)	11	⊙			⊙	
09.03 (v)	12	⊙			⊙	
16.03 (v)	13	⊙			⊙	
19.03 (L)	14	⊙			⊙	
23.03 (v)	15	⊙			⊙	
26.03 (L)	16	⊙				•
30.03 (v)	17	⊙				•
22.04 (v)	18	X				•
29.04 (v)	19	X				•

Objetivos específicos en cada etapa
<p>1º Etapa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Construir un vínculo arteterapéutico con confianza y seguridad. 2. Favorecer la experimentación la creación con diversos materiales. 3. Facilitar la relajación y disfrutar de las actividades creativas. <p>2º Etapa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obtener más información sobre la interacción familiar y escolar. 2. Reducir los niveles de ansiedad, incertidumbre y miedo. 3. Utilizar técnicas de concentración y relajación para disminuir las sensaciones depresivas, de abatimiento y apatía. 4. Favorecer el afrontamiento de las emociones desagradables o sentimientos ambivalentes. <p>3º Etapa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la autoestima y mejorar la auto-identidad. 2. Tomar conciencia del cuerpo de forma no traumática. 3. Favorecer la integración de su vida cotidiana y hospitalaria, reconstruyendo las redes vinculares <p>4º Etapa</p> <p>Cerrar el taller sin causar sensación de abandono y realizar la despedida con el enfermero y arteterapeutas.</p>

3.4.3. Instrumentos de recogida de datos

a. Ficha de Registro (*Anexo III*)

Analizamos cada categoría que debería corresponder al menos a un objetivo que nos gustaría alcanzar mediante una precisa observación. Para revisar si los puntos de la observación del registro se corresponden con todos los objetivos, se muestran las tablas siguientes:

	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	OBJETIVOS
A	Incertidumbre	1
B	Ansiedad	1
C	Seguridad en sí mismo/a	2, 5
D	Integración de las dos realidades (vida en el hospital y fuera del hospital)	4
E	Aceptación de su nuevo yo. Nueva identidad	2
F	Reconstrucción de redes vinculares	4
G	Autonomía	5
H	Negatividad	6
I	Sensación de miedo a morir	1, 6

CONDUCTA	OBJETIVOS	CATEGORÍAS
Exigente	1, 2, 3	B, C, H
Flexibilidad (←→ Rigidez)	1, 6	A, B, C
Compromiso	2, 5	C, G, H
Comunicación	4	D, F, G
Autonomía	5	G
Adaptación	4	C, D, E
Integración	4	D, E, G
Llamar la atención	1, 2	A, B, C, I
RELACIÓN HACIA LA PROPIA OBRA		
Satisfacción/ valoración	6	H
Identificación	4	D
Refiere la obra a su vida anterior	4	D
Refiere la obra a su situación actual	5	G
Hay desagrado, se culpa a sí mismo/a	3	E
Refiere la muerte/sangre/dolor	6	B, C, G
INTERACCIÓN		
Aislamiento	4	F
Comparte adecuadamente	2, 4	C, F
Actitud corporal abierta	4	F

b. Diario de campo

Es la observación descriptiva durante las sesiones y el análisis explicativo a través de la observación en el proceso artístico y creativo del paciente y a medida de su expresión en la creación. En la primera parte del diario de campo, utilizo una descripción narrativa para presentar la observación en cada sesión. La segunda parte es el análisis sobre el proceso y el resultado de las obras de

los niños, y los comportamientos y las reacciones significativas en ellos. Como el grupo de hemodiálisis es muy pequeño, los observo en ambas formas grupales e individuales en el diario de campo. Es decir, los diarios de campo se escriben por separado. La última parte es una reflexión o introspección: A partir de lo que observamos, tenemos una hipótesis o una conclusión temporal, con la que podremos seguir observando y ajustando nuestra técnica. Todo esto les ayudaría a expresarse y a desarrollar una exploración más profunda y apta.

c. Entrevista

Es un instrumento complementario para adquirir la información familiar o personal que es difícil de obtener en el ambiente del taller. Hacemos 2 veces entrevistas con las madres de los niños de hemodiálisis. Además, obtenemos la información de los enfermeros sobre la historia de la enfermedad de los niños, los comportamientos o reacciones sobre el taller etc.

3.5. Presentación breve de los Casos

Este trabajo se enfoca hacia la mayoría de los casos de Hemodiálisis. Asimismo, tiene más recursos y una serie de datos para observar y analizar.

Seudónimo	Miel	Luna
Género	niño	niña
Nacionalidad	español (origen árabe)	española (origen africano)
Edad	11 años	11 años
Duración de la enfermedad	≥ 4 años	≥ 4 años
Características	Muy sonriente, cariñoso, activo, optimista. Parece muy cercano, pero se mantiene distante con la gente.	Alienada, actitud ambigua, meticulosa, autoexigente. Sin embargo, es apasionada y cariñosa con gente conocida.

Historial vital:

Como se ha mencionado, los 2 niños, a consecuencia de la enfermedad, pasan mucho tiempo en el hospital, y ambos han estado más de un año ingresados. Por lo tanto, su rendimiento escolar se está viendo afectado, y se nota que tienen un nivel más bajo en la expresión oral y ortografía que los niños de la misma edad. El comportamiento de exigencia aparece mucho para atraer la atención de los enfermeros y de nosotras.

- **Miel:** Ha venido a España debido a su enfermedad, y le acompaña su madre. Están separados del resto de la familia. Tiene una hermana melliza y una hermana de 7 años. Dice que habla frecuentemente con su familia y les echa mucho de menos.

La madre decidió venir a España porque creía que podría obtener mejor tratamiento médico y más oportunidades para realizar el trasplante. Vienen con la ayuda de una ONG, y por eso tienen una habitación y una subvención para vivir. Cuando tenía 7 años, detectaron que tenía los ojos hinchados. Entró en la fase de hemodiálisis cuando tenía 9 años. Luego, una vez a la semana debía ir al hospital. En su país, Ecuador, le trasplantaron una vez sin éxito.

La madre habla positivamente de su familia y su hijo. Expresa su gratitud por la ayuda de la ONG y por facilitarles venir a España. Tiene la esperanza de que pronto volverán a reunirse con su familia.

- **Luna:** Vino a España cuando era muy pequeña. Tiene un hermano de 15 años. Se le descubrió la enfermedad cuando tenía 8 años. Desde hace 3 años está en hemodiálisis. Al principio, y durante un año, se la realizaban en

casa, con el tubo (Catéter de Diálisis Peritoneal Ambulatorio Continuo (CAPD), pero después tuvo que venir al hospital.

La madre es poco expresiva. Teme de que utilicemos sus datos para otro motivo. Le explicamos que el consentimiento es sólo para la investigación. Aún así, borra y reescribe varias veces su número de identificación. Cuando habla de la enfermedad de su hija, gime y dice que no puede mencionar eso porque se pondría a llorar. Está en paro y su marido se marchó dejando la familia hace unos 7 meses. Dice que nunca habla de sus problemas delante de sus hijos y dice que no cree en nadie, sólo en Dios.



Los espejos están llenos de gente,
Los invisibles nos ven.
Los olvidados nos recuerdan.
Cuando nos vemos, los vemos.
Cuando nos vamos, ¿se van?

Eduardo Galeano

IV. EL PAPEL DE LAS ARTETERAPEUTAS

Como afirmó Winnicott en 1962, el terapeuta, como los padres, repite el papel fallido, por medio del fracaso, así consigue gradualmente adaptarse bien a la “necesidad de los niños”. A través del proceso de la imitación, identificación e introyección, acepta un yo fracasado e imperfecto. De ese modo, el terapeuta tiene una oportunidad de reinspeccionar ese yo imperfecto, y dejar de utilizar los mecanismos de defensa para evitar los fallos y mantener una imagen de perfección por el hecho de ser terapeuta (Winnicott, 1962 Según en Hsieh, 2009).

4.1. ¿Qué se debería evitar en la práctica?

Además de los conocimientos y habilidades profesionales, el acompañamiento y la guía son tareas básicas, y esenciales durante el proceso de tratamiento arteterapéutico. Es cierto que muchas situaciones inesperadas van a darse en los talleres. Como arteterapeuta en prácticas, es inevitable afrontarlas.

Los siguientes puntos se basan en mi exploración personal a través de la práctica.

- ***Inflexibilidad***

Si bien es comprensible que un/a arteterapeuta en prácticas quiera seguir lo planeado, ha de darse cuenta de que, siempre deberá estar abierto al cambio de métodos, técnicas, materiales o actividades ante circunstancias

imprevistas.

- ***Exceso de expectativas/ pre-evaluación***

Cuando tenemos una programación, es normal que esperemos un buen resultado. La motivación activa puede ser adecuada por promover el dinamismo en el taller, pero también puede ser responsable de una observación e interpretación muy subjetivas dada la excesiva expectación. ¿Cuándo puede ocurrir esto? Cuando se hace un gran esfuerzo por alcanzar los objetivos de la sesión es posible que sólo nos fijemos en los detalles de las preguntas (orientadas) y en el resultado de las obras, sin dejar que los pacientes sigan su propio ritmo. Por otro lado, se ha de tener cuidado con la “pre-evaluación”. Conviene preservar lo que se observa, y con más tiempo, verificar esa “posibilidad”. Durante el proceso, a veces un paciente se detiene en una fase mucho tiempo. En este aspecto, Freud (1914) y Winnicott (1969 según en Hsieh, 2009) tienen la misma visión de que es necesaria una espera en el proceso, y dejar que el paciente siga su camino con su propio paso.

- ***Observación superficial***

Seguramente los/las arteterapeutas más profesionales podrán evitar ese error. Sin embargo, un/a arteterapeuta en prácticas, necesitará la guía de su tutor, para que sea más consciente de lo que ocurre en las sesiones y no se limite a analizar los dibujos. Por lo tanto, es aconsejable tener una supervisión durante toda la práctica. No debe analizar los dibujos sin conocer a la persona. Se deben desmenuzar y secuenciar los elementos mínimos para garantizar una acertada comprensión. Por ejemplo, un niño para expresar su miedo puede representar una araña, mientras que para otro ese mismo animal representa

una gran habilidad. Otro ejemplo, sería el de una abeja sonriente que no obstante, quizás sea peligrosa porque tiene un aguijón. O tal vez, una niña que pinta muchos corazones no quiera expresar que esté falta de amor.

• ***Inestabilidad de la cooperación como team-work***

Normalmente en cada taller sólo hay un arteterapeuta, pero en nuestra ocasión éramos dos. En principio, las dos teníamos 2 visiones distintas y estrategias de intervención diferentes, a veces surgían controversias frente a los pacientes. No obstante, cuando nos dábamos cuenta de que no era una elaboración adecuada y procedíamos a cambiar la forma. Con el acuerdo tácito, el team-work con mi pareja fue mejorando poco a poco, lo que fue percibido por los niños e hizo que su confianza se fuera asentando en nosotras.

El team-work aquí va más allá de a los compañeros, extendiéndose a los trabajadores del ámbito. Por ejemplo, en nuestro caso, los enfermeros. Ellos influyen mucho en la calidad del tratamiento. Si no nos comunicamos bien, se puede reducir la validez de la intervención. Además, no es aconsejable cambiar de arteterapeuta. Una vez, mi pareja del taller no pudo venir. Y aunque nos preocupamos por cómo podía afectar a la confianza construida, decidimos que viniera otra compañera a ayudarme, jugando un rol de asistente, facilitando la realización. Aunque habíamos prevenido de la situación que se podría generar, los niños se mostraron inquietos, fijándose en ella todo el tiempo. El más pequeño acto que hacía, se ampliaba como si fuera observado con lupa. Estaban acostumbrados a ese espacio simbólico, como una especie de *continente* por sus emociones y fantasías. Al mismo tiempo, de ser su "territorio".

La figura del arteterapeuta ha de ser estable, procurando que sea

siempre la misma persona. El ambiente estable del taller propicia la fiabilidad, seguridad y protección deseable.

“In the final analysis, a drawing simply is no longer a drawing,
no matter how self-sufficient its execution may be.
It is a symbol, and the more profoundly the imaginary lines of projection
meet higher dimensions, the better”.

Paul Klee

V. REFLEXIONES DURANTE EL PROCESO

Según Bluebond-Langner (1978), los niños enfermos a menudo fallan en la capacidad de expresión verbal. Quizás se deba a que el vocabulario del niño no coincida con la experiencia, o porque el niño siente que debe proteger a los adultos que lo rodean (1978). En ese sentido, el arte es un medio especial para relacionarse con los niños, a quienes les puede resultar difícil transmitir mediante otros medios sus ideas y emociones, Además de habilitar para ellos un espacio de expresión y comprensión de sí mismos, y construyéndose así un ego fortalecido.

A continuación se recogen unos puntos surgidos durante la práctica.

5.1 El espacio propio para la fantasía

Mediante las sesiones, se les propicia un espacio diferente, en el que podrán viajar, volar, reírse, ir a cualquier sitio que quieren ir etc., a través de la creación imaginaria.

“Un sitio seguro para pintar” es una forma condicionada para que practiquen el realizar un viaje imaginario cuando se sienten abrumados por el ambiente hospitalario (Councill, 2003). Aquí, excepcionalmente, incluyo un ejemplo que es una obra de otra niña (“Kari”) de pediatría 1.

Hicimos la sesión con ella por casualidad. La niña estaba aburrida, de pies en el pasillo donde se le conectaban la maquina. Le ofrecimos la actividad mientras esperaba la recarga. Mientras estaba dibujando, explicaba que era un parque, y añadió flores, un caracol, y césped. Luego, dibujó el arco iris y rellenó

el cielo con el color azul. Al final, pintó 3 personajes en el parque, que éramos nosotras (F.2).

F. 2 EL PARQUE



El taller cambió su estado de humor. La imaginación de la obra le permitió pensar en algo diferente a la vida hospitalaria, y como si estuviéramos en el parque, ante un paisaje precioso con buen tiempo, lejos del pasillo del hospital.

5.2. La muerte

La mayoría de niños creen que la muerte es reversible. Quizás, eso tiene algo que ver con la influencia de los cuentos clásicos y las leyendas, o es al revés, en base a cómo los dibujos animados se muestran en los pensamientos de los niños. La omnipotencia se explica en la teoría del psicoanálisis, siendo un pensamiento innato de un bebé, su “yo” es todavía débil, pero se cree omnipotente en base a la fantasía de mantener el control de una parte del mundo exterior.

Councill (2003) declara que, para los niños, es peor pensar en ser

abandonados por su cuidador que morirse. Además, de la preocupación por la integridad física. Lo que nos inquieta, es que la enfermedad o el deterioro corporal pueda llevarles a la equivocación de pensar que es como una especie de castigo por ser malos. Se podrían sentir culpables por su mal-estado de salud, incluso el pensamiento de causar sufrimiento o deterioro de la salud de sus cuidadores, o familiares, como si fueran algo contagioso.

Aunque un niño mayor, un adolescente, normalmente tendrá una comprensión más sofisticada sobre la muerte, por la influencia de su desarrollo de identidad, el egocentrismo adolescente que genera una *fábula personal* y *auditorio imaginario* (Elkind, 1967). Un adolescente pensará que vive su vida de manera diferente a otros, como un pionero, y eso le hace creer que todos se fijan en él. Además existe, a esta edad, la convicción de que aunque les pase a otros, a mí no me va a suceder. (Councill, 2003).

Desde el principio del taller, los niños mencionaron la muerte de vez en cuando, en las conversaciones, en los cuentos creadores, o en la actuación de teatrillo etc. Como Councill destaca, en sus cuentos, los protagonistas siempre resucitan. Por ejemplo, en la primera sesión, Miel creó un cuento para su animal híbrido:

El híbrido (F.3) vuela y lleva miel. Un día una serpiente quiso chupar su miel, entonces le picó con su aguijón y la serpiente se murió. Pero luego vino Lucky Yupi (híbrido de otra niña Luna) y la salvó. Al final, la serpiente resucitó y todo el mundo vivió feliz para siempre.

En la ficha de registro, incluimos la observación: “Refiere la muerte/sangre/dolor”, porque lo consideramos una información significativa para los niños hospitalizados, especialmente por ese par de niños de hemodiálisis. Quedó patente que eso está relacionado con la enfermedad que

tienen, que la sangre de ellos no se filtra bien como la nuestra, por el fallo de función en los riñones.

En la misma sesión, Luna hablaba de la sangre y además, aparece en su obra (F.3). Y Miel, antes de terminar la sesión, pidió plastilina de color amarillo e hizo un fantasma. Le pintó un punto rojo en la cabeza y dijo que se murió por recibir un tiro en la parte posterior de la cabeza (* Esto no se puede mostrar en la foto, porque lo destruyó poco tiempo después).

F. 3 EL ANIMAL HÍBRIDO (1º SESIÓN)

DE MIEL



DE LUNA



5.3. La expresión de emociones y sentimientos

Si todas las emociones y sentimientos se pudieran expresar y transmitir de forma oral, no habría malentendidos o malestar ante la imposibilidad de expresar el sufrimiento o el dolor internos.

¿Has tenido la experiencia de querer expresar algo pero no ser capaz, no por desconocer el lenguaje o porque lo encontrabas indescriptible ?

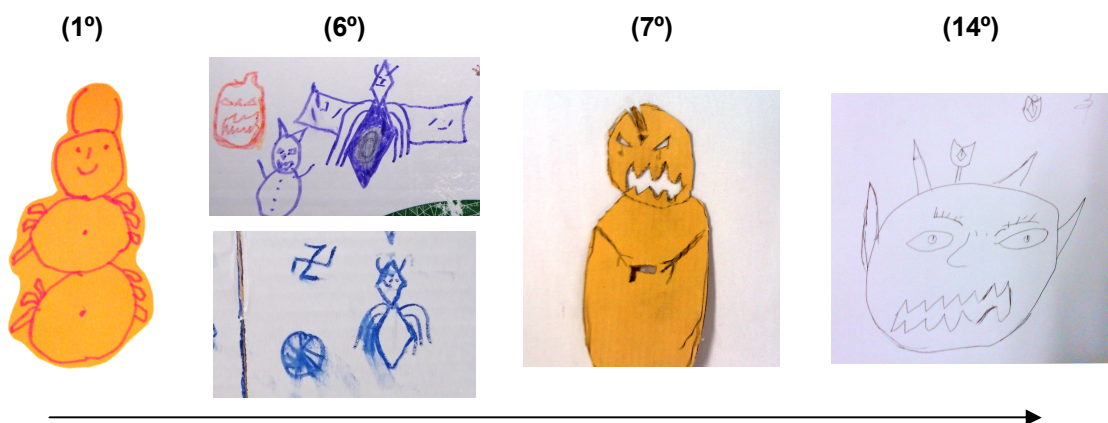
Quizás la mejor estructura lingüística no tenga más vocabulario que el lenguaje mental.

Es muy significativo la expresión emocional en el proceso terapéutico,

como una “*catarsis*” para emociones reprimidas que pasan inherentemente durante el proceso (Malchiodi, 1998). “Catarsis” es un proceso de aliviar la tensión y ansiedad a través de la expresión de emociones que estuvieron reprimidas, o la existencia de las cuales no ha sido reconocida (Malchiodi, 1998 según en Hanes, 2000). Se considera que el arteterapia es beneficioso para liberar las emociones reprimidas, ya que las emociones más profundas surgen a través de una producción propia (Hernández Merino, 2006). Además, cognitivamente surgirá una alegría pura por llegar al su nivel de creación de catarsis de la emoción, o aún más, una sublimación desde los conflictos o emociones desagradables.

Miel es un niño que sonríe mucho. Casi nunca se enfada delante de nosotras. Su tristeza, miedo, o furia aparecen más en sus obras que en su expresión facial. Curiosamente, si ponemos unas obras suyas en orden, apreciamos un progreso de cambio en la expresión facial en ellas (F.4).

F. 4 EL CAMBIO DE LA EXPRESIÓN FACIAL



En la sesión 4 (F.5), hicieron las “jeringas de emociones”. Ambos niños disfrutaban mucho del proceso de hacer bolas y meterlas en las jeringas.

Estaban más relajados después de la sesión. Ésta se corresponde con la afirmación de Malchiodi (1998).

En la sesión de cierre (17º), Luna no estuvo presente porque tuvo que hacerse un análisis de sangre. Por lo tanto, Miel estaba solo. Cuando sacábamos todas sus obras de la caja y las poníamos a su alrededor, empezó a jugar con las “jeringas de emociones”. Durante el tiempo de la exposición, apretaba en su mano la “jeringa de tristeza”. Además, me pinchó muchas veces con ella (F.6). Interpretamos que me estaba “diciendo” que estaba triste, aunque no con palabras. Comprendemos que su tristeza se debe a la despedida. Mientras, jugábamos con él con la “jeringa de felicidad”. Le pinchamos con ella, y luego nos pinchó él también. En ese momento, manteníamos una comunicación tácita, sobraban las palabras.

F. 5 JERINGAS DE EMOCIONES (4º)



F. 6 SESIÓN DE CIERRE (17º)



5.4. Transformación

En el proceso arteterapéutico, los niños están espontáneamente cada vez más cercanos a sus propias creaciones, algo que no puede prever. Ellos nos enseñan la existencia del poder curativo del arte. Durante la práctica, es

maravilloso ver que en todo el proceso los pacientes *flotan* ante la transformación que les surge de modo natural, y la transferencia que emerge del uno al otro mutuamente. Al mismo tiempo, cuando no pronuncian palabras, sus gestos corporales, miradas, y expresión facial nos “cuentan” muchas cosas.

En la 5º sesión, cada uno construyó un “contenedor de emociones desagradables”. Les preguntamos qué emociones no les gustaron. Luna dijo: enfado, tristeza, soledad y maldad. Escribimos esas palabras en un papel, y luego, ellos arrojaron cada emoción desagradable a su propio recipiente. Luna decidió arrancar totalmente el papel en donde se escribieron las emociones, la ayudamos. Le preguntamos el ritual que quería hacer con los trozos de papel y dijo “quemarlos”. Eligió una pintura de color rojo y dijo mientras pintaba: “¡mucho, mucho fuego y mucha sangre!” (F.7). Cuando terminó, tiramos los trozos de papel a la basura como si estuvieran quemados. En la actitud de construir su recipiente fue muy cuidadosa. Por lo tanto, cuando decidió hacer el ritual de la quema, no quiso tirar su recipiente como Miel. Lo quería guardar. Decía que en ese momento era “una tienda de campaña”. El contenedor se convirtió en una tienda de campaña. La transformación dio un nuevo significado a su antigua obra. El contenedor recibe las emociones que ella no quiere, pero una tienda de campaña la protege del peligro.

F. 7 CONTENEDOR DE EMOCIONES DESAGRADABLES (5º)



5.5. Transferencia

Nada más entrar en la sesión (13º) y saludarle, Miel me habló con rapidez: “Quiero que... mi mamá” (no entendí la frase). Le pregunté qué dijo, pero repitió lo mismo 3 veces muy deprisa. Entonces, se lo aclaré: “¿Quieres que yo sea tu mamá?” Y dijo que sí asintiendo con una sonrisa. Y le respondí, “¡si ya tienes una mamá muy guapa y muy buena!”. Yo seguía teniendo la duda después de la aclaración. No le entendí bien, ponía como excusa mi dificultad con el castellano, hasta que hablé con mi supervisora. Ella suponía que era mi negación de no querer entenderlo bien. Lo negué cuando ocurrió, porque me aumentó mi resistencia ante la enrevesada situación. Y eso, se debería haber evitado. Debería haberme aclarado haciéndole más preguntas a él, para saber por qué pensaba así. La transferencia ocurre naturalmente cuando el vínculo que se construye entre el arteterapeuta y el paciente es más sólido. Es algo que ocurre casi inevitablemente.

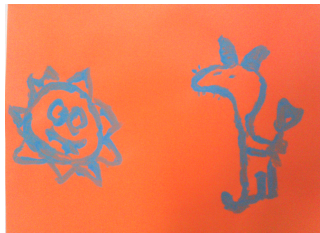
5.6. Ocultamiento de la verdad

La relación entre paciente y terapeuta es de gran importancia e influencia en el tratamiento. El terapeuta le proporciona el apoyo, la fortaleza, la confianza y, a veces, el estímulo necesario para dar un paso adelante.

Uno de los progresos en la práctica, se ha debido al cambio de material. En la sesión 11, era la primera vez que Miel pintaba con témperas, pronto cogió la habilidad de manejarla con confianza, con trazos fluidos. Estaba muy concentrado y pintaba dibujitos estereotipados (F.8). Después, comenzó a

dibujar una tormenta (F.9). Era la primera vez que veíamos una obra de significado más elevado, que no era una copia. Quizás fuera su forma de expresar su furia debido a su situación incómoda¹⁰ lo que se proyectaba en la obra.

F. 8 EL CIRCO, SOL, SNOOPY Y BOB ESPONJA (11º)



F. 9 LA TORMENTA



El tema de la tormenta se repitió en la sesión siguiente. Curiosamente, después de dos dibujos estereotipados, Miel dibujó la tormenta en mi brazo (F.10). Quizás su furia siguiera dentro, y no la pudo expresar verbalmente. Durante el juego de plastilina, hizo un cocodrilo muy bonito, y cuando se lo fui a coger para hacer la foto, me dio un golpe fuerte sin querer. Era la primera vez que lo veíamos un poco agresivo. Luego al terminar la sesión, hizo un dinosaurio y me lo dio. Me llamó, empezó a vendarme mi dedo cuidadosamente (F.11). Le pregunté por qué, y me dijo: “para que pare la sangre”. Supongo que era su forma de “pedir perdón” por el golpe.

¹⁰ Todo el mundo está jugando a la Wii pero él no puede.

F. 10 LA TORMENTA EN MI BRAZO (12º)



F. 11 ME VENDA MI DEDO (12º)

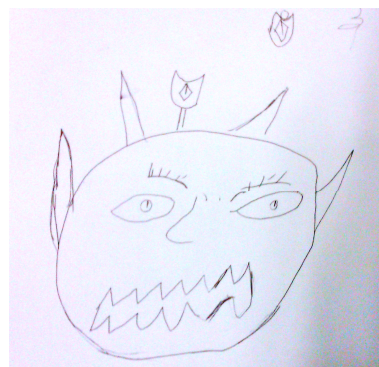


En otra sesión (14º), la misma en la que ocurrió la transferencia, Miel reclamó con ganas: “Quiero pintar”, pidiendo las témperas y un papel. Con mucha confianza y tranquilidad, delineó una casa en el campo, y luego coloreó el dibujo. Dijo que era su casa en Ecuador (F.12). Estaba en el campo, y su papá estaba preparando un huerto para cultivar naranjos. Cuando terminó la pintura me la regaló con cara orgullosa. Después, con mucha concentración, dibujó una cara con tres ojos (F.13). En ese momento, él no quería hablar de esa figura. Además, veía el dibujo con cara de sorpresa, le impresionó al terminar, como si no supiera porqué lo había dibujado.

F. 12 MI CASA DE CAMPO (14º)



F. 13 TRES OJOS

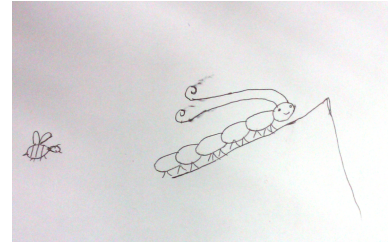
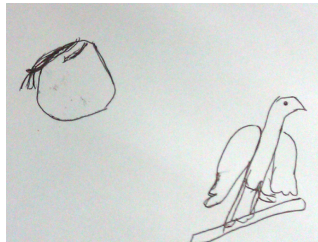
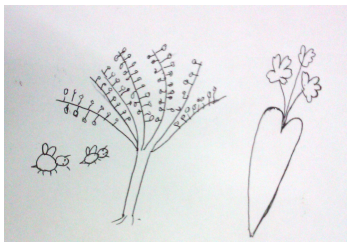


El tema se pospone hasta la sesión de cierre, cuando quitaba este dibujo (F.13) de la caja dónde guardaba las obras para sumarlo a la exposición, me

dijo: “¡Ese no!”. Entonces lo volví a poner en la caja. Más tarde, lo devolví para hablar de ello, y opiné: “Parece que está enfadado, pero no sé si es así”. Dijo él: “No, tiene miedo” “¿De qué?” “Oscuro”, respondió. Luego cuando intentamos volver otra vez al dibujo, dijo que ‘estaba triste’. Esas sesiones mostraban que su miedo se expresaba a través de un muñeco¹¹ (F.4, 7º) o una figura en el papel, pero no en su expresión. Lo de triste, creo que representaba su emoción en ese momento. Eso se explica junto con lo que he mencionado de la jeringa de “tristeza” en la misma sesión.

Mientras esperábamos a que Luna terminase, Miel hizo otros dibujitos en un tercer papel. Dibujó un corazón primero (F.14-1º), y luego la añadió 3 flores. Luego dibujó un árbol “seco” pero añadiendo más tarde muchas hojas y 2 pájaros.

F. 14 TERCERA OBRA (1º - 3º)



Después, me dijo que me estaba dibujando (F.14-2º), y sin terminar la cara comienza otro dibujo. Pensaba que todavía me estaba retratando, porque me miraba mucho mientras dibujaba, pero terminó su dibujo y era un águila. El último, es un gusano (F.14-3º) escalando, y una abeja. Son unos dibujitos que no parecen significativos, pero que si nos centramos en el proceso de terminar,

¹¹ En la sesión 8, Miel hace un muñeco de nieve con cara de halloween, que tiene un cuerno y lágrimas, para su actuación en “el teatrillo de mi emoción”.

notamos que añade “flores y hojas” al finalizar la 1º imagen. Los pájaros y la abeja están volando, y el gusano está escalando, hacia la misma dirección. Veo un cambio positivo. Quizás, después de expresar la verdad de cómo se siente, esté más relajado.

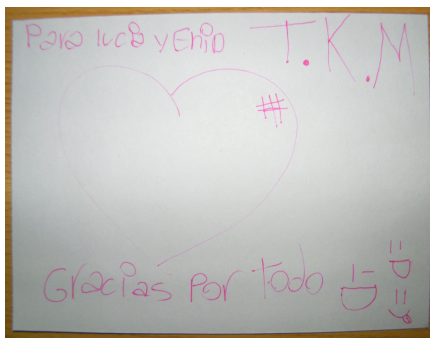
Con más sesiones, la concentración de meterse en la creación artística se convierte una distracción de las emociones desagradables o del estado estresante ante el ambiente hospitalario. Entonces, la concentración es una “relajación” en este sentido.

5.7. La invitación a compartir secretos

Luna tiene una actitud ambigua hacia nosotras. Cuando dice no, muchas veces no es de verdad un no. Normalmente, está desagradable con nosotras al principio, pero luego nos da las gracias a su manera. Por ejemplo, nos da una carta de gracias, sin decírnoslo, o nos “invita” a su “banda” con sus dibujos (F.15). En la 2º y 3º imágenes, nos dibuja nuestras manos con su típico símbolo “corazón”. Las letras de la 3º imagen, representan cada inicial de nuestro nombre.

F. 15 DAR GRACIAS

UNA CARTA (4º)



EL CORAZÓN (9º)



MI BANDA (15º)



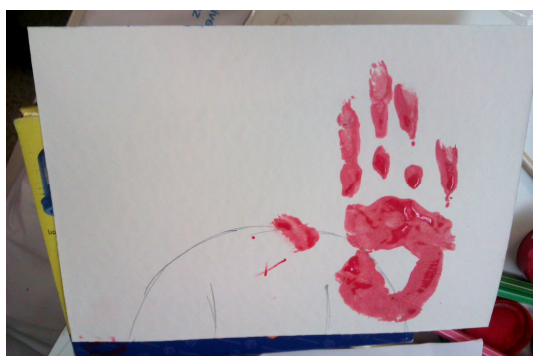
Creemos que la creación fuera de la sesión también es importante, y al mismo tiempo habilita un “espacio” para sus pensamientos e imaginación. Por lo tanto, les damos a cada uno un cuaderno para llevar a casa. Sin embargo, durante todo el proceso, sólo Miel comparte los dibujos de su cuaderno con nosotras. Sus dibujos son de estereotipados, o están copiados de otros dibujos. ¿Quizás sea el proceso necesario, repetir la acción de imitación, o de estereotipo, para encontrarse? Como se ha expuesto, puede ser un hábito suyo, antes de surgir lo significativo.

Luna no nos enseña su cuaderno. Dice que son sus secretos. Le decimos que no pasa nada y nos alegramos de que tenga un cuaderno para guardar sus secretos. Tengo la intuición de que ella, en realidad, quería compartirlo con nosotras, por su mirada, por su forma de responder.

Recuerdo que su rechazo es, muchas veces, un estilo de invitación. Es una pena que por el limitado tiempo, esta vez con “la carta de invitación” no lo conseguimos.

En la 15ª sesión, Luna hizo su autorretrato (el tema fue una idea suya en la sesión anterior), una forma semicircular y una huella de su mano con témpera roja (F.16). La forma semicircular es su cuerpo. Luego mencionó muchas veces que se lo guardará ella porque si los policías tienen su huella, la podrían identificar y detenerla. Más tarde cuando mi compañera quería sacar una foto de esta obra, no le dejaba. Dobló el papel y lo grapó (F.16). Sin embargo, curiosamente, luego la rompió en trozos, pinta encima, y se la regaló a la compañera.

F. 16 AUTORRETRATO (15°)



No era la primera vez que decía algo sobre la policía y la huella. Su madre tenía el mismo miedo cuando firmó el consentimiento. Me decía que cualquier persona puede utilizar su número de identificación para cosas malas.

Para Luna, sus obras son como un cofre para sus secretos, y parece que sus obras son las primeras invitadas a su mundo interno. Es una evidencia de que el paciente puede tener un “diálogo específico” con sus obras y le ayudarían a afrontar sus conflictos. Con el acompañamiento del arteterapeuta, el paciente no se sentirá sólo y no tendrá tanto miedo al afrontar su problema central, porque sabrá que el arteterapeuta ofrece un holding environment, y le acompañará en ese duro camino.

5.8. Las obras como espejos de sí mismo

El espejo es una superficie plana que nos devuelve una inversión de imagen de la realidad. Cuando una persona se mira a sí misma en el espejo, la llamada “imagen propia” se presenta a sus propios ojos a través del proceso de auto-observación en el auto-sistema de su cerebro. Detrás del espejo está el reflejo del objeto, que cambia en cualquier momento en que vuelve ese objeto.

En el caso del psicoanálisis, Sigmund Freud introdujo su concepto a través de la obra *Introducción del Narcisismo* (1914), que es un resumen de sus discusiones más tempranas sobre el tema del narcisismo y su lugar en el desarrollo sexual. Lo más importante es que él introduce la idea del "ideal del yo" y la instancia de auto-observación relacionada con ella.

“El arte puede ser como una extensión del sí mismo y como un doble psicológico con la propiedad para reflejar ese sí mismo. El arteterapeuta necesita tener conocimientos de que este reflejo no es un estado estático del mundo interior del paciente, sino que él o ella, de forma no intrusiva, puede llevar al paciente a usar su trabajo como un proceso continuado para introducir el concepto de tiempo y espacio continuamente y así desarrollar y mejorar su trabajo” (Levens, 1990: 283-284).

Sin duda, el arte contiene una parte como “auto-imagen” del creador, que representa una parte de sí mismo mediante la proyección del mundo exterior. El arteterapeuta actúa como el puente entre el productor y su obra, sorprendentemente, la obra hace el mismo trabajo, el de ser un mensajero entre las dos personas. Somos el “*contenedor*” de los pacientes, las obras también. Además, las obras reflejan el mundo interior del individuo. La imagen que se refleja no siempre es aceptable de ser “visible” para el paciente, o no la ve en ese momento, y necesitaría una persona que tenga paciencia para darle tiempo y guiarle a enfrentarla cuando llegue el momento.

Si comparamos los dos dibujos parecidos de Miel (F.17), notamos que los pájaros están encima de la casa. La segunda obra está influida por una enfermera a quien se la iba a regalar, por lo que ella pidió más colores. Sin embargo, él insistió en que sus pájaros son negros. Personalmente, creo que

es algo muy significativo. Si la casa representa el Self, los pájaros negros están pegados encima de la casa y parecen un símbolo de presión o preocupación, quizás, sobre su estado de su enfermedad. Aquí, no estoy hablando de cómo interpreto el significado del pájaro negro. Simplemente, estoy hablando de que este dibujo y la conversación posterior me dieron esa impresión.

F. 17 CASA DE CAMPO

(F. 11)



(16º)



El desarrollo exploratorio en la creación artística fomenta la comunicación específica a la hora de pronunciar los miedos o la ansiedad. Además promueve la espontaneidad de contribuir a reafirmar su identidad por lo que despierta el interés de ser autorreflexivo. La imagen no se ha de corresponder con la realidad objetiva, está sólo reflejada como la realidad de auto-observación. El creador se reconoce así mismo en ese reflejo, se identifica e integra su identidad.

5.9. Conclusión y reflexiones en torno a mí como un espejo

5.9.1. Conclusión

En cada viaje de creación de un paciente, el acompañamiento espiritual en

el camino, la capacidad de contención y la aceptación del terapeuta, le proporciona una luz en el túnel para salir.

A lo largo del camino en el que les he acompañado, no soy sólo la arteterapeuta, sino también soy testigo de sus aventuras. Veía cómo afrontaban los conflictos emocionales por su estado ante la enfermedad, el problema familiar o escolar. Además, sus obras eran otros testigos. Ellas “guardaban” las memorias sentimentales en el momento de la creación, de ahí que las podamos “remirar” una y otra vez.

La construcción de este trabajo se fundamenta en la auto-reflexión y mi experiencia personal. Parece muy subjetivo, sin embargo, está en la misma línea de la función como experiencia humana. Es una metodología que exige mucha fuerza y desafío en la autoexploración. Además no sólo se han de analizar o interpretar los datos, sino que se ha de pasar por un proceso de meditación e incubación, que puede ser largo y duro. Especialmente en la fase de meditación, los datos no son sólo números, sino que son las vivencias que se dan en la práctica, las personas, situaciones, y emociones del momento. Además, es necesaria una “mirada” hacia dentro de sí mismo con sinceridad y una capacidad de mirar hacia fuera (mundo exterior) desde el posicionamiento de uno mismo, desde la experiencia y la intuición. Quizás no se aleja suficiente para permitir ser más objetivo, pero sitúa a las tres partes (triangulación) como una totalidad, incluidos los sentimientos del arteterapeuta que normalmente se ignoran en los estudios.

5.9.2. Reflexiones sobre mí

Al estudiar Arteterapia en España, su idioma y cultura me han impresionado. Además, este curso otorga un gran papel a la creatividad. Ha

sido una maravilla el trabajar con mi equipo y con los niños hospitalizados. Cada sesión me ha dado una lección, y cada una de sus obras me sorprendía por la dinámica interna y por la expresión sutil pero sólida. Me alegro de ver que cuando los pacientes más confían en nosotras, nos dejan un hueco cada vez más grande para que podamos entrar en sus mundos internos y atisbar qué está pasando. El mal estado de la enfermedad impulsa a los niños a bloquearse para no sentir tanto dolor y miedo.

Me alegra que los talleres de arteterapia hayan dado una oportunidad para expresar sus emociones y sentimientos. El arteterapia es como un recipiente para contener esos sufrimientos y ansiedad sin palabras, que sostiene a través de sus propias creaciones. Asimismo, reduce la ansiedad, la incertidumbre y los miedos, fortalece su autoestima, autonomía y mejora su autoconcepto. Podría parecer que no existe un gran progreso, pero es un pasito hacia el camino de obtener un mayor “bien-estar” en su vida.

En mi opinión y desde mi experiencia personal, creo que la continuación de la “autocreación” ayudará al arteterapeuta con la sensibilidad artística y le dará la habilidad de “viajar con” los pacientes a su mundo creativo. Exploro los materiales antes de su uso, de esta forma cuando estoy en los talleres, puedo comprender mejor cómo se sentirán los pacientes, aunque sepa que cada uno puede tener una experiencia sensorial única. Waller (1993) declara que el material puede tocar a la emoción más profunda y darle a uno una sensación llena de emociones y perder el control como un bebé. Los materiales no sólo son mediaciones, son partícipes en la transmisión de sensaciones y de la percepción de la autoconciencia.

Tuve mi primera gran experiencia con la arcilla, cuando en el curso hicimos el taller de autorretrato con los ojos cerrados. Casi me puse a llorar,

emocionada por una sensación nueva e indescriptible. Para mí, la energía emocional se abre ante el tacto del material, y me sorprendió que en vez de ver mi cara, viese la cara de mi padre en esa obra. Es decir, capturo la cara de mi padre como autorretrato. Es un claro caso de la proyección hacia mi obra. Así, comprendo mejor a los pacientes por qué y cómo proyectan los sentimientos en sus obras, y por qué necesitan una vía para que salgan los sentimientos.

“El que se da y el que se crea” (Mireia Bassols, 2008: 184), me lleva a pensar que, entre los sujetos (el paciente y el arteterapeuta), la construcción de la relación les da el vínculo entre el dar y el recibir, que es irreversible, como la transferencia vs. contra-transferencia, y la proyección vs. introyección, están en dos lados del espejo de doble cara. En el proceso, el arteterapeuta recibe toda la información (verbal o no verbal) del paciente y de sus creaciones artísticas. Al mismo tiempo, las reflexiones le ayudan al arteterapeuta a afrontar sus propios obstáculos. Y eso, también se corresponde con la teoría de Bion (1991), entre un contenido y continente.

Quizás debido a mi limitada habilidad personal y a lo reducido del tiempo, no sea un texto con finos detalles. Seguramente con una mayor habilidad y mayor tiempo, se podrían conseguir unos resultados mejores. Sin embargo, he conseguido el fruto que conlleva el “conocimiento tácito”, a la vez que he enfrentado los conflictos, ansiedad y superar obstáculos internos mediante las fases de meditación e incubación.

El proceso de producir mi TFM, en mi opinión, es muy parecido al de la realización de la práctica. El inicio es dubitativo. En la realización encuentro obstáculos capa sobre capa, uno tras otro; al final, obtengo el dulce fruto dado el esfuerzo de resolver dudas, afrontar obstáculos, y alcanzar las metas y respuestas. El taller arteterapéutico es un espejo, en el que veo las dificultades

de los casos a través de sus producciones creadoras, al mismo tiempo, que aprecio los gestos, las miradas, y las palabras. Todo el proceso es una totalidad como un espejo, que permite a los pacientes el verse reflejados en sus obras.

También la terapeuta ve reflejada su experiencia en el proceso.



VI. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

Bibliografía

Dalley, T., Case, C., Schaverien, J., Weir, F., Halliday, D., Hall, P. N. & Waller, D. (1995). *Images of Art Therapy: New Developments in Theory and Practice* (M. Chen, Trad.). Taiwán: Yuan-Liou. (Trabajo original publicado en 1987).

López F.-C. M. (2011). *Memoria, ausencia e identidad: el arte como terapia*. Madrid: Envida

Case, C. & Dalley, T. (1992). *The Handbook of Art Therapy*. London: Routledge

Comeche Moreno, M. I. (1981). *Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Rankin, A. (1994). Three drawings & trauma indicators: A comparison of past research with current findings from the Diagnostic Drawing Series. *Therapy Association*, 19 (2), 69-76.

Ross, C. (1997). *Something to Draw On: Activities and Interventions using an Art Therapy Approach*. London: Jessica Kingsley

Zausner, T. (2008). *When Walls Become Doorways: Creativity and the Transforming Illness* (D. Dan, Trad.). Taipei: JC Culture & Publishing. (Trabajo original publicado en 2006)

Referencias

About Arts Therapy: What is Arts Therapy/ Arts Psychotherapy? (S.F.). Recuperado el 10/01/2012, de La Asociación Australiana y Nueva Zelanda de Arte Terapia (ANZATA): <http://www.anzata.org/about-arts-therapy/>

Badilla Espinoza, F. (2011). *Arte Terapia: Una Manera De Fortalecer La Autoestima: Monografía para optar a la especialización de terapias de arte mención Arte Terapia*. Facultad de Artes, Universidad de Chile, Chile.

Barragán Rodríguez, J. M. (2006) En F. J. Coll, (Coord) (2006). *Arteterapia : Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. Murcia: Universidad de Murcia.

Bassets, M. P. (2005). *Técnicas de Relajación Creativa y Emocional*. Madrid: Thomson.

Bion, Wilfred R. (1963). *Elements of psycho-analysis*. London: Heinemann.

Bluebond-Langner, M. (1978). *The Private Worlds of Dying Children*. Princeton: Princeton University Press.

Councill, T. (2003). *Handbook of Art Therapy: Medical Art Therapy with Children*. New York: Guilford.

Decades of art education history in contexts of schooling and artworlds. *The History of Art Education Time Line 1960-1969*. (S.F.). Recuperado el 10/01/2012, de <http://www.personal.psu.edu/mas53/timln960.html>

Del Río Dieguez, M. (2006). *Creación artística y enfermedad mental*. Tesis para optar al grado de Doctor. Universidad de Complutense de Madrid, Madrid, España.

Domínguez-Toscano, P. M. (coord.) (2004). *Arteterapia: Principios y ámbitos de aplicación*. Sevilla: Gilmo S. L.

Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-1034.

Hanes, M. (2000). Catharsis in Art therapy: A Case Study of a Sexually Abuse d Adolescent. *American Journal of Art Therapy*, 38, 70-74.

Hernández Merino, A. (2006). Arteterapia en salud mental. *Revista de Arteterapia y Artes, Encuentros con la expresión*, 1, 27-29.

Hogan, S. (2001). *The History of Art Therapy*. Londres y Filadelfia: Editorial Jessica Kingsley.

Hsieh, H-M. (2009) Come Out in a Cocoon: An OCD Male Awakened in Psychotherapy. *Bulletin of Educational Psychology*, 41, 223-248.

Jung, C. (1963). *Memories, dreams, reflections*. London: Routledge & Kegan Paul.

Klein, J-P, Bassols, M. & Bonet, E. (coord.) (2008). *Arteterapia. La creación como proceso de transformación*. España: Octaedro.

Kramer, E. (1993). *Art as therapy with children*. Chicago: Magnolia Street.

Lagomarsino, J. (S.F.). *Orígenes y evolución del psiquismo según Heinz Kohut*.

Recuperado el 01/09/2012, de

http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro4/julieta_lagomarsino.htm

Levens, M. (1990). "Borderline aspects in eating disorders: Art therapy's contribution". *Group Analysis*, 23(3), 277-284.

Lin, M. (2008): A Case Study of Transcendental Object-Relationship in Filial Therapy. *Chinese Journal of Guidance and Counselling*, 215-251

Liu, J-Ch. (2012). *Winnicott y Bion: Un diálogo especial*. (H-H. Hsieh, trad.).

Recuperado el 10/01/2012, de

<http://www.psychspace.com/psych/viewnews-7792>

Lu, L. (2010). Study of Scribbling Phenomenon & Its Application in Art Therapy. *21 Journal of Taipei Fine Arts Museum*, 20 (10), 67-90

Mireia Bassols, S. (2008). "La práctica del método en Arteterapia", -. En: Klein,

J-P, Bassols, M. & Bonet, E. (coord.) (pp. 183-199). *Arteterapia. La creación como proceso de transformación*. España: Octaedro.

Malchiodi, C. A. (1997). *Breaking the silence: Art therapy with children from violent homes*. New York: Brunner/Mazel.

Malchiodi, C. A. (1998). *Understanding children's drawings*. New York: Guildford Press.

Malchiodi, C. A. (Ed.). (1999). *Medical art therapy with children*. London: Jessica Kingsley.

Malchiodi, C. A. (coord.) (2008). *Handbook of Art Therapy*. (L. Lu, etc. Trad.). Taiwán: Pro-Ed. Publishing Company.

Meng, J. & Peng, Y-Sh. (2009). Returning to Experience: A Review on the Heuristic Research Program of Humanistic Psychology. *Journal of Nanjing Normal University, Social Science Edition*, 2, 108-112, 132.

McNiff, S. (2006). *Art-based research*. (M.F. Wu Trad.). Taiwán: WuNan (Trabajo original publicado en 1987).

Neuberger, J. & Tallis, R. (1999). Do we need a new word for patients? *British Medical Journal*, 318, 1756-1758.

¿Qué es Arteterapia? (S.F.). Recuperado el 10/01/2012, del sitio Web de La

Asociación profesional española de arteterapéutas (ATe):
<http://www.arteterapia.org.es/arteterapia.htm>

Ritchie, C. W., Hayes, D & Ames, D. J. (2000). Patient or client? The opinions of people attending a psychiatric clinic. *The Psychiatrist*, 24, 447-450.

Scharf, J. S., Scharf, D. E. (1992). *Scharff notes: A primer of object relations therapy*. New Jersey: Jason Aronson.

Waller, D (1993). *Group Interactive Art Therapy: It's Use in Training and Treatment*. London: Routledge

Wang, C-C. (2007). A Heuristic Journey to Gain Access to the Inner World of the Bereaved. *Chinese Journal of Guidance and Counseling*, 22, 71-117.

WHAT IS ART THERAPY? (S.F.). Recuperado el 10/01/2012, de la asociación Americana de Arte Terapia (AATA):
<http://www.americanarttherapyassociation.org/upload/whatisarttherapy.pdf>

What is Art Therapy? (S.F.). Recuperado el 10/01/2012, de la Asociación Británica de Arteterapéutas (BAAT): http://www.baat.org/art_therapy.html

What is Art Therapy? (S.F.). Recuperado el 10/01/2012, de la Asociación Canadiense de Arte Terapia (CATA): <http://www.catainfo.ca/faq.php>

Wilde, O. El arteterapia es un compañamiento. En Klein, J-P, Bassols, M.,

Bonet, E. (coord.) (2008: 16). *Arteterapia. La creación como proceso de transformación*. España: Octaedro.

Definición de Objeto interno (S.F). Recuperado el 10/01/2012, de <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/objeto-interno/?anterior=objeto>

Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97

Winnicott, D. (1962). The theory of the parent-infant Relationship—Further remarks. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 238-239.

Winnicott, D. (1965). *The maturation processes and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.

Winnicott, D. (1971). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. New York: Basic Books.

ANEXOS

Anexo I - Consentimiento

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña, de años de edad y con DNI nº, manifiesta que ha sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer la inclusión de la observación seguida hacia mi hijo/a durante los talleres de arteterapia recibidos en el hospital para cubrir los objetivos del Proyecto de Investigación que se lleva a cabo por la Universidad Complutense de Madrid sobre “Arteterapia en ámbitos pediátricos”, dentro del *Máster Oficial en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social*. Esta observación incluye la producción plástica realizada por el/la paciente. La investigación tiene el fin de mejorar las metodologías que conduzcan a un mayor bienestar psicosocial de los y las pacientes en edad infantil en las plantas de pediatría del Hospital La Paz.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y el nombre de mi hija/o y datos personales serán asimismo protegidos y no aparecerán en ningún caso en la citada investigación ni en las imágenes producidas por el/ella.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta investigación tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Nombre del/ de la investigador/a en prácticas:

DNI:

Firma:

Identificación del Grupo/Instituto//Centro/Otros, responsable de la investigación, cuando no se trate de proyectos individuales: Máster en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social, Universidad Complutense de Madrid /grupo de Investigación Consolidado 941035 “Aplicaciones del Arte en la Integración social: Arte, Terapia y Educación para la inclusión.”

Fecha:

Dirección de contacto del Grupo responsable de la investigación y del tratamiento de los datos:

C/ Rector Royo Villanova s/n

Despacho 1612

28040 MADRID

Tfno. 91 3946214

En Madrid, a _____ de _____ de 2012.

Fdo. D/ Dña

ANEXO II - Tabla de las sesiones

Etapas	Sesión	Tema	Tipo de Sesión / Actividades programadas	Recursos y materiales necesarios	Objetivo específico de la sesión	Resultados a obtener y evaluación
1º Etapa	1º 02.12. 2011	¿Quién soy? El animal híbrido y yo	Dibujar su animal híbrido en que se representa una parte de sí mismo.	Folios blancos y colores Collage Pintura, lápices de color, plastilina, papel celofán etc.	Primer contacto. Conocer al equipo del taller.	Buen ambiente. Tienen curiosidad e interés en el taller.
	2º 09.12.	Dibujo de KHTP (casa-árbol- persona cinético)	Un pre-test para comparar con el post-test al final de la sesión	Cartulinas, pintura, lápices, pastel, goma etc. Música infantil y de relajación	Adaptación al proyecto y familiarización. Comenzar a crear un clima de confianza.	Disfrutan el ambiente agradable. Tienen un progreso de confianza. *El tamaño de la cartulina debería ser más pequeño, ya que tardan mucho tiempo en rellenarla con colores.
	3º 16.12.	El Amuleto y el deseo	Creación con cualquier forma, que se representa simbólicamente una protección y seguridad.	Folios blancos y colores Collage Pintura, lápices, pegamento, y los materiales de hospital.	Concentración, vinculación y relación.	El tema del amuleto les llama la atención y causa interés aunque también se ve una emoción ambivalente sobre el tema del deseo.
	4º 13.01. 2012	Las jeringas de emociones	Meter una cantidad de bolas de plastilina en las jeringas. Cada jeringa representa una emoción que se siente en el presente.	las jeringas, plastilinas y los rotuladores.	Un espacio simbólico en el que podrán expresar sus sentimientos.	Disfrutan en el proceso artístico. Aunque no expresan verbalmente lo que sienten, sus obras les ayudan a expresarse con seguridad.
	5º 20.01.	Recipiente de emoción desagradable	Hacer un recipiente. Luego meter las emociones y decidir un ritual para “solucionarlo”.	hoja de corcho, Papel de celofán, folios blancos, cola blanca, pinturas, papeles de seda etc.	Expresar sus sentimientos y al mismo tiempo, alcanzar una catarsis	Toman en conciencia las emociones desagradables y así sienten menos ansiedad después del taller.

2º Etapa	6º 27.01.	La caja de mis obras	Decorar la caja con cualquier forma. Si quieren, podrán reconstruirla.	una caja de cartón, folios de colores, pegamento, pinturas etc.	La identificación. La adaptación de ser un equipo en el que comparten cosas adecuadamente.	Se identifican con sus obras y con su equipo de arteterapia. Reducen la incertidumbre sobre sus capacidades de crear el arte.
	7º 03.02.	el teatrillo de mi emoción	Crear un o más personajes de marionetas. Pensar un cuento para su “marioneta de sentimiento”	cartulinas, folios de colores, fliselina, pegamento, pinturas etc.	Reducir los niveles de ansiedad, incertidumbre y miedo.	Se divierten mucho en el proceso de la creación de las marionetas. Tienen mucho ánimo de hacer la actuación en la próxima sesión.
	8º 10.02.	el teatrillo de mi emoción	La actuación para su cuento creativo	Teatrillo y marionetas	Un espacio de seguridad en el que expresen sus emociones/sentimientos (técnica de relajación)	Expresan sus sentimientos a través de las actuaciones con sus obras. Se sienten importantes en los roles. Por lo tanto, aumentan su autoestima.
	9º 17.02.	Carnaval	Una obra de creación propia con libertad.	Papeles, témperas y pinceles	La conexión con la vida cotidiana. Crear un “carnaval sin fronteras”	Luna está disfrazada, y nos reúne para pintarnos disfrazadas en su obra. Al mismo tiempo, expresan lo que sienten hacia nosotras.
	10º 24.02.	El libro de los consejos para novatos	Escribir/ dibujar una carta en la que cuenten sus experiencias hospitalarias o consejos.	cartulinas, folios de colores, pinturas y materiales hospitalarios etc.	A través del arte, tomar conciencia del estado de su enfermedad de forma no traumática.	Miel hace una obra como su auto-expresión, y Luna lo hace como una expresión de sus gracias hacia un enfermero. Ella no sigue el tema, pero consigue expresar un sentimiento personal.

3º Etapa	11º 02.03.	“sin planeamiento”	Un propósito de entender la reacción de los niños con tema indirecto.	Papeles, folios de colores, témperas y pinceles	Tener una confianza con el equipo de arteterapia. Tratar de liberarse al hacer las obras.	Miel da un gran progreso en su creación por la situación incomoda y por la excitación del material nuevo (su primera vez con témpera).
	12º 09.03.	Superhéroe → juegos con plastilina	A través del juego, podrán alcanzar una creación en ambiente de relajación.	Plastilinas, témperas, pinceles, lápices etc.	Utilizar técnica de relajación para reducir su sensación de abatimiento. Tener un vínculo más sólido con el equipo de arteterapia.	Una actividad lúcida les anima mucho, y luego están más relajados y salen imágenes y un ritual muy significativos.
	13º 16.03. 2012	Autorretrato → obra libre	A través del juego, podrán alcanzar una creación en ambiente de relajación.	Papel de acuarela, témperas, pinceles, lápices etc.	Aumentar la autoestima y mejorar la auto-identidad.	Se ve más libertad al expresar sus sentimientos a través de los dibujos. Luna entra en una etapa de estilo abstracto y Miel dibuja una imagen que le choca a si mismo.
	14º 19.03.	Cómic → obra libre	A través del arte, podrán expresar sus deseos y miedos.	Papel de acuarela, témperas, pinceles, lápices etc.	Aumentar la autoestima y mejorar la auto-identidad.	Luna sigue la forma de libertad y Miel cada vez tiene más ganas de dibujar algo. Ambos están en un proceso progresivo. Están más conscientes de lo que sienten.
	15º 23.03.	Autorretrato → regalo de despedida	Utilizar sus obras como la mediación de la comunicación.	Corchos, témperas, pinceles, lápices etc.	Prepararse para enfrentar la despedida con los enfermeros y con una compañera del equipo de arteterapia.	Luna nos acepta con más confianza. Ambos están tristes por la despedida del enfermero, pero lo toman de mejor manera. Expresan más lo que sienten.

4º Etapa	16º 26.03.	Dibujo de KHTP (post-test)	Un post-test para entender el cambio de bien-estar durante el proceso arteterapéutico.	cartulinas, folios de colores, pinturas, témperas, pinceles, lápices etc.	Prepararse para enfrentar la despedida con los enfermeros y con una compañera del equipo de arteterapia.	Luna sigue su prueba de libertad con su obra. Ambos están nerviosos por la situación tensa. En los dibujos se ve que están bloqueados.
	17º 30.03.	Exposición de las obras	Cerrar el taller conmigo. Hacer una exposición de sus obras para ellos.	Témperas, papel continuo de tamaño grande etc.	Tener un cierre en la que les apoyaría a expresar sus sensaciones depresivas por la despedida.	Miel está aprendiendo a decimos lo que se siente, y expresar sus gracias hacia nosotras y los enfermeros. Alcanzamos un momento bonito al hacerle un regalo como amuleto, y los enfermeros también participan. Todos tienen un espacio de catarsis por sus sentimientos de terminar el taller y la despedida. (*Luna no está)

ANEXO III - Registro

FICHA DE REGISTRO

NOMBRE _____ Edad _____ FECHA _____ Nº _____

CONDUCTA	5	4	3	2	1	Observación
Exigencia						
Flexibilidad (↔ Rigidez)						
Compromiso						
Comunicación						
Autonomía						
Adaptación						
Integración						
Llamar la atención						
PROCESO	5	4	3	2	1	Observación
Elaboración						
Implicación Emocional						
Concentración						
Motivación						
Frustración						
RELACION HACIA LA OBRA PROPIA	5	4	3	2	1	Observación
Satisfacción/ valoración						
Identificación	Sí			No		
Refiere la obra a su vida anterior	Sí			No		
Refiere la obra a su situación actual	Sí			No		
Hay desagrado, se culpa a sí mismo/a	Sí			No		
Refiere la muerte/sangre/dolor	Sí			No		
RELACION CON OBRA DEL OTRO	5	4	3	2	1	Observación
Valora el resultado positivamente						
Competencia						
ANALISIS OBRA	5	4	3	2	1	Observación
Simetría						
Dinámica						
Complejidad						
Mucho Color						
Gama Cromática (Caliente ↔ Fría)						
Riqueza Cromática						
Control del trazo (fluidez)						
Repetición de elementos						
Presencia de elipsis						
Originalidad (↔ Estereotipia)						
Composición coherentes/ integradas						
Simbolización						
INTERACCIÓN	5	4	3	2	1	Observación
Aislamiento						
Comparte adecuadamente						
Actitud corporal abierta						

ANEXO IV – Diario de campo (se adjunta sólo una sesión como ejemplo)

Sesión 5 (20.01.2012)

Hoy el tema que proponemos es “El recipiente de emociones desagradables”.

Los materiales: hoja del corcho, Papel de celofán, folios blancos, cola blanca, pinturas, papeles de sedas etc. La indicación:

1. Hacer un recipiente.
2. Escribir las emociones en las que sientes desagradables, en un folio.
3. Tirar los papeles de emociones escritas a su recipiente y decidir un ritual con ello.

Les pedimos que hagan un recipiente primero, sin decir qué vamos a hacer con él. **L** tarda mucho tiempo a terminarlo. Lo hace cuidadosamente pensándolo mucho. Cada lado del recipiente se pega con un trozo cuadrado de hoja de corcho. Se marea después de 30 minutos y tiene que acostarse en la cama. Le sugerimos ayudarle a terminar el recipiente, pero no quiere. Quiere hacerlo ella mismo. Entonces, sujetamos las cosas para que ella ponga la cola encima.

En la 2º fase, les preguntamos qué emociones no les gustan. **L** dice: **enfadada, triste, estar sola y ser mala**. Escribimos esas palabras en un papel, y luego, ellos tiran cada emoción desagradables en sus propio recipiente. En caso de **L**, como todavía falta a pegar un lado de su recipiente, le preguntamos cómo le gustaría hacerlo, y ella decide arrancar totalmente el papel en donde se escriben las emociones. Lo arrancamos para ella, y le preguntamos el ritual que quería hacer con los trozos de papeles y dice “quemarlos”. Le explicamos que no se puede quemar los papeles en el hospital pero podemos hacerlo simbólicamente, por ejemplo, dibujar fuego o hacer sonido de fuego etc. Parece de acuerdo con la idea, y elige una pintura de color rojo y dice mientras pinta: “mucho mucho fuego y mucha sangre!”. Cuando lo termina, tiramos los trozos de papeles en la basura como si fueran quemados.



Observación:

Está ingresada hace 3 días. Noto que hay huellas de las lágrimas en su cara, pero no le pregunto por qué. Sólo le pregunto si está bien y dice que sí. Aunque no parece que tiene buen humor, pero está cooperativa durante la sesión.

Conducta: Desde la última sesión. Tiene un gran cambio en su manera de tratarnos. Está más cercana y cooperativa. Parece que tiene más confianza en nosotras.

Expresión artística: Hace su recipiente con forma de triángulo. El otro niño **M** también. En la actitud de construir su recipiente se ve que lo hace con mucho cuidado. Por lo tanto, cuando decide hacer el ritual de la quema, no quiere tirar su recipiente como **M**. Lo quiere guardar. Dice que ahora es una tienda de campaña ^{*1}. Ambos niños hacen los recipientes con forma de triángulo.

^{*1} 27.11, en la siguiente sesión, preguntamos dónde está su “tienda campaña” (el recipiente de las emociones desagradable), y dice que lo destruyó después de que nos fuéramos.